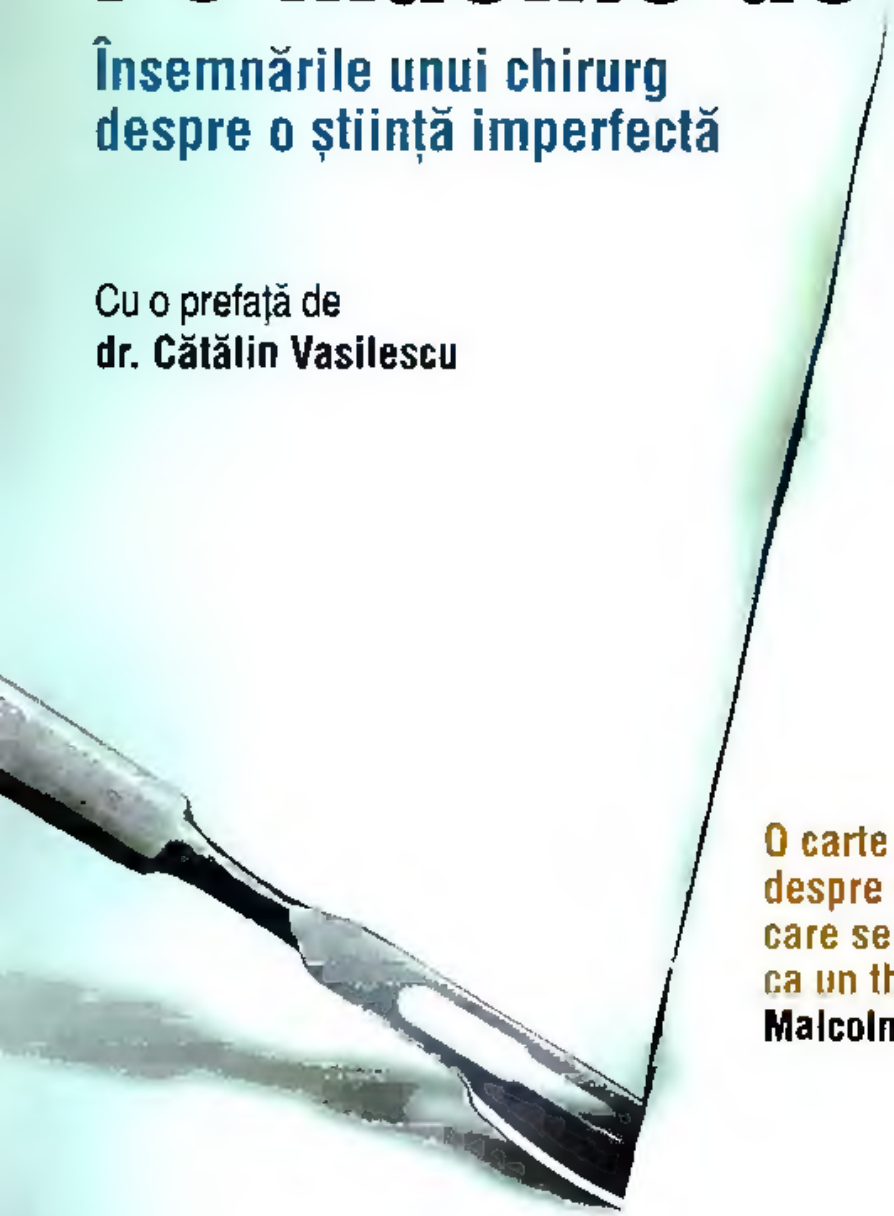
dr. Atul Gawande

Pe muchie de cuțit

Însemnările unui chirurg despre o știință imperfectă

Cu o prefață de
dr. Cătălin Vasilescu



O carte despre medicină care se citește ca un thriller.
Malcolm Gladwell

Bestseller național în SUA, tradus în peste 100 de țări
În topul de „Cărți remarcabile" al *New York Times*
Finalistă în competiția pentru National Book Award

HUMANITAS

www.virtual-project.eu

ATUL GAWANDE s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranţi indieni. A absolvit celebrele Harvard Medical School şi Harvard School of Public Health. Actualmente este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston şi profesor la facultatea pe care a absolvit-o. În paralel cu activitatea medicală, deţine o rubrică permanentă la *New Yorker*. Este considerat un scriitor de elită. Prima lui carte, *Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, bazată pe articole publicate iniţial în *New Yorker*, a apărut în anul 2002 şi a fost finalistă a National Book Award, devenind un bestseller tradus în peste o sută de ţări.

dr. Atul Gawande
Pe muchie de cuţit

Însemnările unui chirurg despre o știință imperfectă

Traducere şi note de
ROXANA TUDOR

Cuvânt înainte de
dr. CĂTĂLIN VASILESCU

HUMANITAS
BUCUREŞTI

Redactor: Vlad Russo
Coperta: Andrei Gamarţ
Tehnoredactor: Manuela Măxineanu
Corector: Cristina Jelescu
DTP: Florina Vasiliu, Dan Dulgheru

Tipărit la C.N.I. „Coresi“ S.A.

Atul Gawande
Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science.
Copyright © 2002 by Atul Gawande
All rights reserved

© HUMANITAS, 2009, pentru prezenta versiune românească

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
GAWANDE, ATUL
Pe muchie de cuţit: însemnările unui chirurg despre o ştiinţă imperfectă / Atul Gawande; trad.: Roxana Tudor; pref.: Cătălin Vasilescu. – Bucureşti: Humanitas, 2009
ISBN 978-973-50-2438-3
I. Tudor, Roxana (trad.)
II. Vasilescu, Cătălin (pref.)
61(73)(0:82-94)
821.111(73)-94=135.1

EDITURA HUMANITAS
Piaţa Presei Libere 1, 013701 Bucureşti, România
tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51
www.humanitas.ro

Comenzi Carte prin poştă: tel./fax 021/311 23 30
C.P.C.E. – CP 14, Bucureşti
e-mail: cpp@humanitas.ro
www.libhumanitas.ro

Lui Kathleen

Cuprins

Cuvânt înainte de dr. Cătălin Vasilescu 9

Nota autorului 13

Introducere 15

Partea I – ERORI

Educaţia unui bisturiu 27
Computerul şi fabrica de hernii 60
Când doctorii greşesc 76
Nouă mii de chirurgi 113
Când medicii buni devin răi 131

Partea a II-a – MISTERE

Vineri, treisprezece, lună plină 159
Paradoxul durerii 166
O senzaţie de disconfort 188
Valul de roşeaţă 210
Omul care nu se putea opri din mâncat 231

Partea a III-a – INCERTITUDINI

Incizia finală 265
Misterul copilului mort 285
Al cui este, de fapt, corpul acesta? 292
Cazul piciorului roşu 318

Note bibliografice 353
Mulţumiri 367

Atul Gawande şi-a ales cea mai grea misiune pentru un chirurg: să scrie despre complicaţii. Să scrie deci o carte despre un subiect care pare să nu existe. Nu cunosc nici un chirurg în activitate care să recunoască faptul că are complicaţii. Nu se pomeneşte despre aşa ceva, conform ideii că, dacă nu vorbeşti despre complicaţii, ele chiar încetează să apară. Sau, cel puţin, credem că e bine să nu vorbim în public despre eşecuri, despre insuccese, despre greşeli, despre tot ceea ce merge, după o intervenţie chirurgicală, altfel decât ne-am dori atât noi, chirurgii, cât şi pacienţii noştri. Despre abaterile nefericite de la planul de tratament. O carte cu un subiect antipatic, pe care în literatura română de specialitate nu a îndrăznit să-l abordeze decât un singur chirurg, profesorul Dan Setlacec (*Chirurgul şi lumea sa*, 2004).

Atul Gawande s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranţi indieni; este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston şi profesor la Harvard Medical School. Scriitor de elită (are o rubrică permanentă la *New Yorker*), este produsul celei mai bune şcoli medicale din lume, locul la care se raportează, vrând-nevrând, tot ceea ce contează în medicina contemporană. Prima lui carte, *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, publicată în 2002, a devenit un bestseller tradus în peste o sută de ţări; şi, iată, e tradusă acum şi în România. Cartea încearcă să explice, să lămurească, să aducă problemele chirurgiei (uneori foarte grele, întotdeauna pasionante) în faţa cititorilor din afara lumii medicale. Şi asta spre binele tuturor, pacienţi, familii şi, nu în ultimul rând, medici.

Chirurgia este tot mai dependentă de progresul tehnologic. Se vorbeşte din ce în ce mai des de chirurgie endoscopică, laparoscopică, robotică sau genetică. Actul chirurgical se întemeiază tot mai mult pe date de biologie moleculară, pe analiza sofisticată a raportului

cost/eficienţă, a riscurilor şi beneficiilor pe termen lung. Limbajul este tot mai specializat, mai îndepărtat de cel obişnuit. Şi aşa, treptat, lumea chirurgiei devine tot mai izolată, mai învăluită în mister şi magie, deşi e un teritoriu al întâmplărilor cruciale, bune sau rele, de fapt cele mai bune sau mai rele *întâmplări* cu putinţă: vindecarea, alinarea suferinţei, dar şi infirmitatea, durerea sau moartea. Literatura chirurgicală este abundentă, ea e exprimată însă într-un cod, adesea descifrabil doar de chirurgii acelui domeniu bine delimitat. Este puţin probabil ca un oncolog să înţeleagă în întregime o monografie de chirurgie cardiacă sau ca un urolog să poată pătrunde subtilităţile unui tratat de neurochirurgie. Nu e de mirare deci că problemele tratamentului chirurgical sunt înţelese incomplet de pacienţi şi jurnalişti, uneori total greşit, cu consecinţe de multe ori grave asupra acceptării tratamentului şi a înţelegerii noţiunii cruciale de *risc*. *Riscul* în chirurgie este preţul care trebuie plătit pentru beneficiile pe termen lung. Exemplul cel mai relevant e dat de chirurgia cancerului. O intervenţie chirurgicală de mică amploare, care să îndepărteze numai şi numai ţesutul care este evident, vizibil bolnav, trebuie de multe ori pusă în balanţă cu o aşa-zisă *chirurgie radicală*, care îndepărtează nu doar ţesutul malign propriu-zis, ci şi ganglionii limfatici din jurul lui. Ganglionii trebuie extirpaţi pentru că în ei se pot ascunde perfid celule canceroase de neobservat cu ochiul liber, celule ce constituie punctul de plecare pentru recidivă sau pentru viitoare metastaze, cu alte cuvinte pentru reapariţia bolii în viitor, în aceeaşi regiune sau în organe aflate la distanţă de tumora iniţială. O chirurgie limitată are riscuri de complicaţii mici (e foarte comodă pentru chirurg!), dar expune în mult mai mare măsură la teribile reapariţii ale bolii. Chirurgia radicală, dificilă, deşi generatoare în mai mare măsură de complicaţii imediate după intervenţia chirurgicală, dă şanse mult mai bune de supravieţuire pe termen lung. Ce este deci de făcut? Trebuie desigur cântărit riscul, pus în balanţă cu beneficiile pentru bolnav aşteptate de la operaţie. Uneori lucrurile sunt clare şi uşor de explicat, alteori însă decizia se află pe muchie de cuţit. Cum trebuie procedat? Cum e etic? Cum e legal?

Cu un talent de autor de romane poliţiste, Gawande reuşeşte să ne aducă în faţa ochilor pacienţi cu probleme reale, o lume vie care dezvăluie cititorului lucruri altminteri teribil de greu de explicat pe înţelesul lui. Tot hăţişul de dificultăţi al deciziei chirurgicale, cu problematica acordului informat al pacientului, cu detalii care nu sunt simple decât pentru birocraţia juridică, dar care, în realitate, sunt la

fel de complicate ca viaţa. Căci e vorba despre decizia unui om, chirurgul, asupra destinului altui om, pacientul. Cel dintâi este puternic şi informat, cel de-al doilea îşi riscă în această relaţie integritatea corporală, liniştea sufletească şi, uneori, viaţa. E o relaţie fragilă de încredere în decizia terapeutică şi, mai cu seamă, în cea chirurgicală, în care joacă un mare rol o mulţime de influenţe nemedicale. Contează dacă ultima operaţie de acelaşi tip a fost un succes sau un eşec, impactul acesteia asupra chirurgului. Contează personalitatea chirurgului, dacă este un om curajos sau mai degrabă prudent, contează ceea ce a văzut, ceea ce crede, contează impresiile, dorinţele sau emoţiile. Contează enorm ceea ce se numeşte *intuiţie chirurgicală*. Sunt deci importante în luarea unei decizii corecte lucruri imposibil de cuantificat, mărunte la prima vedere, dar care pot fi decisive. Există numeroase situaţii în care este limpede ca lumina zilei ce e făcut. O peritonită cu manifestări clare trebuie rezolvată, o hemoragie trebuie oprită. Există însă şi foarte multe situaţii în care nu-i evident ce este cel mai bine să faci. Sunt de luat decizii cu informaţii incomplete, sunt situaţii de incertitudine, cu riscuri greu de apreciat şi de pus în balanţă, cu beneficii discutabile. Există marele risc de a confunda dorinţele cu realitatea.

Chirurgul nu este, neapărat, un om trist, dar el ar trebui să fie responsabil, deci *apăsat* de eventualitatea de a greşi, de a avea un eşec, de exact acele situaţii care fac chirurgia îngrozitor de grea, de frumoasă, uneori eroică, de multe ori tragică. Eşecuri a căror amintire te urmăreşte mereu, contracarate uneori de succese nesperate, cele care fac, la urma urmei, ca viaţa de chirurg să merite trăită.

Gawande ni-i prezintă, cu cele mai veridice detalii, uneori cu acuitate de reportaj, pe chirurgii buni şi pe cei mai puţin buni, se întreabă odată cu noi dacă în chirurgie poate fi tolerată eroarea – şi, dacă da, în ce măsură.

Există, desigur, talent chirurgical. Chirurgul talentat va învăţa mai repede şi va ajunge mai departe decât ceilalţi în materie de performanţă operatorie. Un chirurg bun însă nu se naşte, ci se formează, spune Gawande; şi încearcă să arate, după modelul propriei experienţe de rezident la Boston, cum e posibil ca un tânăr absolvent de medicină să devină, după ce a parcurs timp de mulţi ani ierarhia feudală a lumii medicale, un chirurg adevărat.

Succesul în chirurgie poate fi câteodată toxic. Sub presiunea avalanşei de pacienţi, fie ei şi atraşi de o reală, indiscutabilă competenţă,

apare riscul superficialităţii, al aproximării grăbite, al neglijenţelor cu consecinţe uneori foarte grave. Este mecanismul prin care un bun chirurg poate deveni unul ocolit de pacienţi şi marginalizat de comunitatea medicală. Rezonanţa profesională a problemelor personale (boală, îmbătrânire, depresie, griji de tot felul) este în chirurgie mai evidentă decât în orice alt domeniu al medicinei.

Chirurgia este un teritoriu al ştiinţei. Este cu atât mai surprinzător că există şi aici gândire magică; chirurgii cred în ghinion şi în şansă, poate şi datorită dificultăţii de a găsi întotdeauna relaţiile cauzale în lumea de mare complexitate a viului. Chirurgul realizează aceeaşi operaţie de 100 de ori. De ce 95 de bolnavi se vindecă, iar 5 fac complicaţii? Nu a greşit, a făcut în cazul fiecărui pacient ceea ce trebuia făcut, ceea ce face mereu. A planificat, a gândit logic, a executat impecabil intervenţia. Şi totuşi... De aici până la superstiţie nu mai este decât un pas. Va încălţa, poate, de fiecare dată în sala de operaţie o anumită pereche de pantofi, va face pansamentul într-un anumit mod şi nu va recunoaşte niciodată că e vorba de pură superstiţie. Dar va evita să fie de gardă pe 13 ale lunii, mai ales dacă e vineri...

Chirurgul nu mai poate fi astăzi un erou, un „Napoleon înarmat cu un bisturiu". El este un tehnician tot mai specializat, interesat de reducerea ratei complicaţiilor şi obţinerea de rezultate tot mai bune pe termen lung, de reducerea riscurilor şi a costurilor actului chirurgical. În lumea largă, la fel ca în România, el pare a fi un om care ştie tot mai multe despre tot mai puţin, într-un domeniu din ce în ce mai puţin accesibil laicilor.

Câteodată însă, ca o excepţie necesară, apare şi câte unul care ştie nu numai chirurgie, ci şi să scrie ca un scriitor. Ştie şi *despre ce* să scrie, şi *cum* să o facă, ducând în lumea largă povestea frământărilor din lumea aproape închisă a chirurgiei. O face onest şi captivant, punând întrebările bune şi luându-l pe cititor părtaş la căutarea răspunsurilor. Atul Gawande îşi asumă această sarcină. Scrie bine pentru că înţelege bine despre ce e vorba, pentru că înţelege chirurgia ca un chirurg; dar şi pentru că scrie despre ea ca un scriitor. Scoate chirurgia din lumea ei insulară şi o aduce în faţa ochilor dumneavoastră. E o şansă care nu trebuie ratată.

Conf. dr. CĂTĂLIN VASILESCU

Nota autorului

Istorisirile din volumul de faţă sunt adevărate. Pentru a proteja confidenţialitatea protagoniştilor, am fost nevoit însă să schimb numele unor pacienţi, pe cel al membrilor familiilor lor şi pe al mai multor colegi ai mei. În anumite cazuri, m-am simţit obligat să modific unele detalii minore, care ar fi putut permite identificarea persoanelor în cauză. Am menţionat în text, de fiecare dată, situaţiile în care am recurs la astfel de modificări.

Introducere

Eram de serviciu la urgenţă, când a fost adus, pe targa mobilă, un tânăr în vârstă de vreo douăzeci de ani, împuşcat în şezut. Pulsul, tensiunea arterială şi respiraţia erau normale. Un asistent medical i-a tăiat hainele cu ajutorul unor foarfece speciale şi l-am examinat din cap până-n picioare, încercând să fac o evaluare sistematică, dar foarte rapidă, a stării pacientului. Am identificat, în fesa dreaptă, orificiul de intrare al plăgii prin împuşcare – o leziune rotundă, perfect delimitată, roşie, de circa un centimetru. N-am putut depista orificiul de ieşire al plăgii. Nu erau vizibile nici un fel de alte leziuni.

Era lucid şi speriat, mai mult de noi decât de glonţ. „Mă simt bine", susţinea tânărul. „Sunt *bine*." La tuşeul rectal, însă, am sesizat, pe suprafaţa mănuşii chirurgicale utilizate pentru explorarea digitală, urme de sânge proaspăt, ceea ce am observat, după introducerea unui cateter urinar, şi la nivelul vezicii urinare.

Concluzia era limpede. I-am spus că prezenţa sângelui indica faptul că glonţul îi pătrunsese în corp atât prin rect, cât şi prin vezica urinară. Era posibil să fi fost lezate şi vase mari de sânge, rinichii sau unele părţi ale intestinului. I-am zis că se impunea rapid o intervenţie chirurgicală. S-a uitat în ochii mei şi a înţeles gravitatea situaţiei, aşa că, în timp ce asistentele îi acopereau trupul, pregătindu-se s-o pornească din loc, a încuviinţat, printr-o mişcare a capului aproape involuntară, lăsându-şi soarta în mâinile noastre. Căruciorul şi-a

luat avânt, cu pungile de intravenoase bălăngănindu-se pe lângă el, iar oamenii ne ţineau uşile deschise, ca să putem trece. În sala de operaţie, a şi fost luat în primire de anestezist. Am făcut, rapid, o incizie adâncă, de la mijlocul abdomenului în jos, de la nivelul cuştii toracice până spre regiunea pubiană, am înşfăcat depărtătorul, am deschis cavităţile. Şi... n-am găsit absolut nimic.

Nici vorbă de sânge. Nici o leziune a vezicii urinare. Nici o plagă în zona rectală. Nici urmă de glonţ. Am aruncat o privire sub cearşaful care învelea pacientul, ca să observăm aspectul urinii excretate prin cateter. De data aceasta, avea culoarea normală, galben deschis. Nu mai exista nici măcar o umbră sângerie. Am adus în sala de operaţie un aparat cu raze X şi am radiografiat regiunea pelviană, pe cea abdominală şi sternul pacientului, dar nici imagistica nu evidenţia prezenţa vreunui glonţ. Situaţia era cel puţin ciudată. După noi căutări zadarnice, vreme de peste o oră, se părea că nu mai aveam ce altceva să facem în cazul tânărului decât să-l coasem la loc. Două zile mai târziu, i-am făcut totuşi încă o radiografie. Aceasta a relevat existenţa unui glonţ în interiorul cadranului superior drept al abdomenului. N-am reuşit să ne explicăm nimic din ceea ce se întâmplase – cum ajunsese un glonţ de plumb, cu o lungime de o jumătate de inch, să străbată traseul cuprins între şezut şi stomac fără să producă vreo leziune, de ce nu a fost detectat la examenul imagistic precedent sau care era sursa sângerării sesizate iniţial? În final, întrucât prejudiciile provocate de noi erau mai însemnate decât cele determinate de glonţul propriu-zis, am lăsat în pace şi „corpul delict“, şi pe tânărul pacient, pe care l-am mai ţinut în spital încă o săptămână. Nepunând la socoteală tăietura pe care i-o făcusem, starea lui s-a ameliorat vizibil.

Am constatat că medicina este o „afacere“ ciudată şi, în multe privinţe, generatoare de anxietate. Mizele sunt mari, iar libertăţile asumate, uriaşe. Le dăm oamenilor medicamente, le aplicăm ace şi tuburi, le manipulăm funcţiile chimice, biologice şi fizice, le inducem pierderea cunoştinţei şi le deschidem trupul, expunându-l privirilor lumii. În tot ceea ce facem suntem animaţi de o încredere neabătută în propria noastră competenţă profesională. Totuşi, cu cât ajungi să stăpâneşti mai bine tainele profesiei – suficient de bine încât să observi privirile încruntate, îndoielile şi erorile de conduită, eşecurile, dar şi succesele –, cu atât vezi mai clar cât de solicitantă, de problematică şi de surprinzătoare se dovedeşte a fi, de fapt, medicina.

Ceea ce mă uimeşte mereu este natura profund umană a unei îndatoriri. De obicei, când ne referim la medicină şi la capacităţile ei remarcabile, gândul ne duce imediat la ştiinţă şi la întregul ei arsenal de luptă împotriva bolilor şi a suferinţelor: testele, aparatura, medicamentele, procedurile. Şi, indubitabil, în jurul lor gravitează aproape tot ceea ce realizează medicina. Dar numai rareori înţelegem lucrurile în complexitatea lor. Aveţi o tuse care nu vă dă pace – şi ce faceţi? Nu apelaţi la ştiinţă, ci la medic. La un doctor care are şi zile bune, şi zile proaste. Sau la unul cu un râs ciudat şi o tunsoare nereuşită. Ori la altul care trebuie să consulte încă trei pacienţi şi care, inevitabil, mai are ceva lacune în pregătirea teoretică şi în cea practică.

Recent, la unul dintre spitalele la care lucrez ca rezident a fost transportat cu elicopterul un băiat. Lee Tran – aşa l-am putea numi – era un puşti micuţ, cu păr ţepos, abia ieşit de pe băncile şcolii primare. Fusese întotdeauna sănătos. De o săptămână însă, mama lui observase că avea o tuse seacă, persistentă şi că nu mai era la fel de vioi ca de obicei. De două zile, nu mâncase mai nimic. S-a gândit c-ar fi putut

avea o gripă. În seara aceea însă, a venit la ea palid, cu frisoane şi wheezing*; brusc, n-a mai putut să respire normal. Doctorii de la camera de gardă a unei unităţi medicale locale i-au administrat tratamente pe bază de vapori, pentru normalizarea respiraţiei, gândindu-se că avea un episod de astm. Un examen cu raze X însă a evidenţiat existenţa unei formaţiuni uriaşe în interiorul regiunii mediane a toracelui. Pentru a obţine mai multe informaţii, i s-a făcut şi o tomografie computerizată (TC). Imaginea respectivă, cu un foarte bun contrast alb-negru, a evidenţiat o formaţiune tumorală densă, aproape de dimensiunea unei mingi de fotbal, dispusă ca un înveliş în jurul vaselor de sânge dinspre inimă, care împingea într-o parte cordul, comprimând, astfel, tractul respirator spre ambii plămâni. Tumora obturase complet accesul spre plămânul drept, care, în lipsa aportului de aer necesar, îşi redusese drastic dimensiunile, având, pe imaginea TC, aspectul unei formaţiuni gri, atrofiate. Spaţiul disponibil era invadat de o mare de fluid provenit de la tumoră. Lee trăia doar cu ajutorul plămânului stâng, tractul respirator către acesta fiind şi el comprimat de formaţiunea tumorală. Spitalul local unde se afla micul pacient nu avea dotarea necesară pentru a trata adecvat un asemenea caz. Aşa că doctorii l-au trimis la unitatea noastră, care avea şi personal medical specializat, şi aparatură performantă. Ceea ce nu însemna însă că ştiam perfect ce aveam de făcut.

Când a ajuns în departamentul nostru de terapie intensivă, Lee avea o respiraţie zgomotoasă, şuierătoare, ce putea fi auzită de la distanţă. Datele prezentate de literatura ştiinţifică susţin fără echivoc gravitatea unei asemenea situaţii: poate să fie letală. Simpla manevră de aşezare a pacientului pe spate ar fi putut determina, datorită presiunii exercitate de

---

* Respiraţie şuierătoare (n. tr.).

tumoră, întreruperea comunicării cu căile respiratorii rămase neafectate. Acelaşi efect nedorit l-ar fi avut şi administrarea de sedative sau de anestezice. Extirparea tumorii prin intervenţie chirurgicală este imposibilă. Se ştie însă că chimioterapia are, uneori, un impact pozitiv asupra unor astfel de tumori, cărora le reduce dimensiunile în decurs de câteva zile. Dar cel mai important era să fie identificată modalitatea optimă prin care se putea câştiga timp pentru salvarea băiatului, căci exista riscul ca pacientul să nu supravieţuiască peste noapte.

Lee era supravegheat de două asistente, un anestezist, un stagiar la chirurgie pediatrică şi trei rezidenţi, printre care şi eu; ţineam legătura atât cu şeful secţiei de chirurgie copii – care, aflat în maşină, în drum spre spital, vorbea cu noi de pe mobil –, cât şi cu oncologul, pe care-l contactasem pe pager. Una dintre asistente a ridicat băiatul pe perne, ca să se asigure că avea spatele cât se putea de drept. Cealaltă i-a aplicat o mască de oxigen pe faţă şi l-a conectat la monitoarele care-i supravegheau semnele vitale. Ochii copilului, larg deschişi, aveau un aer speriat, iar respiraţia îi era de două ori mai accelerată decât normal. Familia lui se afla în drum spre spital, dar era încă departe. Puştiul era în continuare înduioşător de curajos, aşa cum sunt copiii în mult mai multe situaţii decât ne imaginăm noi, adulţii.

Instinctul mi-a dictat că prima manevră a anestezistei ar trebui să constea în introducerea unui tub endotraheal rigid, pentru a menţine deschis tractul respirator al băiatului înainte ca tumora să-l comprime definitiv. Anestezista a considerat că o asemenea intervenţie era nebunie curată. Ar fi însemnat să facă intubarea fără sedarea adecvată a pacientului, care, în mod obligatoriu, trebuia să aibă corpul ridicat. Iar tumora afecta o zonă extinsă a tractului respirator, aşa că anestezista nu era deloc convinsă că ar putea efectua cu uşurinţă o astfel de manevră.

Chirurgul specialist în chirurgie toracică a venit cu o altă propunere: dacă am introduce un cateter în partea dreaptă a cavităţii toracice şi am extrage lichidul din interior, tumora s-ar deplasa din plămânul stâng. Chirurgul-şef, cu care ţineam legătura prin telefonul mobil, îşi exprima îngrijorarea că o asemenea intervenţie ar putea agrava situaţia. Odată ce ai dizlocat o bucată mare de piatră, cât de exact poţi aprecia în ce direcţie se va rostogoli? Oricum, nimeni nu avea o altă sugestie mai bună. Aşa că, în final, ne-a îndemnat să-i dăm drumul.

I-am explicat lui Lee, în cel mai simplu mod cu putinţă, tot ceea ce urma să facem. Mă îndoiesc că a înţeles ceva. Poate că era chiar mai bine aşa. După ce ne-am adunat toate ustensilele de care aveam nevoie, doi dintre noi l-au apucat strâns pe băiat, iar un altul i-a injectat un anestezic local intercostal şi a făcut o mică incizie, pentru a introduce un cateter lung de circa 45,5 cm. A început să se reverse o cantitate mare de lichid sângeriu, iar pentru o clipă am avut senzaţia că făcusem ceva îngrozitor. Aşa cum avea să se dovedească însă, intervenţia noastră fusese inimaginabil de eficientă. Tumora a fost deviată spre dreapta, ceea ce a permis destinderea căilor respiratorii către *ambii* plămâni. Aproape instantaneu, Lee a început să respire mai uşor şi fără zgomot. L-am privit cu toţii minute în şir.

Abia mai târziu am căzut pe gânduri, analizând decizia pe care o luaserăm. Nu avuseserăm decât ceva mai mult decât o vagă idee despre ceea ce trebuia să facem – cu alte cuvinte, parcă am fi fost în situaţia de-a înjunghia pe cineva în plină beznă. Nu avuseserăm nici un plan de rezervă, pentru cazul în care s-ar fi întâmplat o nenorocire. Iar când am citit, mai târziu, la bibliotecă, prezentări ale unor cazuri similare, am aflat că, de fapt, existau şi alte opţiuni. Se pare că intervenţia cea mai sigură ar fi constat în conectarea pacientului la o pompă

bypass cardio-pulmonară, aidoma celei folosite în chirurgia cardiacă; sau cel puţin să avem disponibil un asemenea dispozitiv, pentru a-l utiliza la nevoie. Totuşi, după ce am vorbit cu ceilalţi colegi, am văzut că nimeni nu regreta nimic. Lee a supravieţuit. Asta conta cel mai mult. Începuse chimioterapia. Analiza lichidului pulmonar a relevat faptul că tumora era un limfom, ceea ce, după spusele oncologului, sporea cu 70% şansa unei vindecări complete în cazul lui Lee.

Astfel de momente vădesc pulsul dinamic al medicinei. Şi tocmai ele constituie substanţa cărţii de faţă – momentele când putem vedea lucrurile aşa cum sunt şi în care avem ocazia să reflectăm mai profund asupra lor. Vrem ca medicina să fie o sferă de activitate cu un câmp bine sistematizat de noţiuni teoretice şi de proceduri. În realitate însă, nu e deloc aşa. Este o ştiinţă imperfectă, o profesie îndrăzneaţă, ce implică schimbări permanente ale nivelului de cunoaştere, informaţii variabile şi indivizi supuşi greşelilor, dar şi un înalt grad de risc. Ceea ce facem noi e ştiinţă, desigur, dar şi deprindere, intuiţie sau, uneori, simplă presupunere, bazată pe experienţă. Decalajul dintre ceea ce ştim şi ceea ce dorim să facem există încă. Şi ne complică toate acţiunile.

Sunt rezident la chirurgie, mă apropii de finalul stagiului de pregătire de opt ani în specialitatea chirurgie generală, iar cartea de faţă este rodul acestei experienţe, pe care am trăit-o intens. Am lucrat, de asemenea, în cercetarea de laborator din domeniul sănătăţii publice, am urmat cursuri de filozofie şi etică, am fost consultant guvernamental pe probleme de politici sanitare. Sunt fiu de medici, soţ şi părinte. Am încercat să scriu prezentul volum din perspectiva oferită de toate aceste aspecte ale vieţii mele. Cartea surprinde însă – şi asta contează cel mai mult – situaţiile pe care le-am întâlnit ori la care am asistat în cursul activităţii de zi cu zi dedicate îngrijirii

oamenilor. Ca medic rezident, ai un avantaj deosebit – eşti în miezul problemelor, observi totul, participi la orice şi, în acelaşi timp, vezi totul într-o formă nouă.

Într-un fel, dorinţa de-a ajunge să înţeleagă incertitudinile şi dilemele medicinei ţine de însuşi specificul chirurgiei. Această specialitate a atins un nivel de performanţă tehnică similar celui din medicină, însă marii chirurgi recunosc mereu limitele ştiinţei şi ale competenţelor umane. Cu toate acestea, este de datoria lor să acţioneze întotdeauna prompt.

Titlul cărţii, *Complicaţii**, nu redă numai întorsăturile neaşteptate ale unor situaţii ce se pot ivi în cadrul medicinei, ci şi, mai cu seamă, propria mea îngrijorare cu privire la incertitudinile şi dificultăţile cu care ne confruntăm în activitatea noastră. Este acea medicină pe care nu o găsim explicată în manuale, dar care, pe măsură ce desluşeam tainele profesiei, m-a intrigat, uneori m-a tulburat, iar alteori m-a uimit. Am împărţit cartea în trei părţi. Prima analizează problema erorilor medicale, încercând să desluşească, printre altele, cum se produc ele, cum învaţă un novice să mânuiască bisturiul, ce înseamnă să fii un doctor bun şi cum ajunge să se transforme un astfel de statut într-unul de medic rău. Partea a doua are în vedere misterele şi necunoscutele medicinei, precum şi eforturile întreprinse pentru a le desluşi; sunt redate relatările unui arhitect care avea o durere de spate invalidantă, fără nici o cauză evidentă de natură fizică, cele ale unei tinere femei care prezenta stări de greaţă şi de vomă severe, rebele la orice tratament, ale unei prezentatoare de ştiri a cărei roşeaţă a feţei devenise, într-un mod inexplicabil, atât de pregnantă, încât nu-şi mai putea face meseria. Partea a treia, cea finală, abordează problema incertitudinii în sine.

---

* Acesta e titlul original al cărţii (*Complications*), pe care l-am schimbat pentru versiunea românească în *Pe muchie de cuţit*, titlu care nu trădează, după cum se vede, sensul dorit de autor (n. ed.).

Pentru că latura vitală, şi cea mai interesantă, a medicinei nu ţine de cât de multe cunoştinţe de profil avem, ci de cât de multe nu ştim – şi de modul cel mai înţelept în care ne putem învinge ignoranţa.

Am căutat, pe tot parcursul cărţii, nu doar să redau idei, ci şi, mai ales, să surprind oamenii aflaţi în centrul evenimentelor relatate – pacienţi şi doctori deopotrivă. În fine, cel mai mult mă interesează medicina practică, de zi cu zi – ce se întâmplă când aspectele ştiinţifice tranşant de simple se confruntă cu cele atât de complexe ale vieţii unui individ. Oricât de mult a progresat în timpurile moderne, medicina continuă să aibă foarte multe aspecte necunoscute şi, adesea, neînţelese corect. Am considerat-o mereu mai performantă decât este în realitate şi mai puţin extraordinară decât poate fi.

Partea I
ERORI

Educaţia unui bisturiu

Pacientul trebuia să fie supus unei incizii centrale. „E şansa ta“, a spus S., rezidentul-şef. N-am mai făcut niciodată aşa ceva. „Pregăteşte-te şi dă-mi un semnal pe pager când eşti gata să începi.“

Era a patra săptămână de pregătire în cadrul secţiei de chirurgie. Aveam buzunarele halatului doldora de tot felul de lucruri: date ale pacienţilor, fişe cu instrucţiuni de resuscitare cardiopulmonară şi de utilizare a sistemului de dictare, o pereche de mănuşi chirurgicale, un stetoscop, accesorii pentru pansarea rănilor, tichete de masă, un pix, foarfece şi ceva mărunţiş. Odată ajuns în capul scărilor de pe etajul pacienţilor, am grăbit pasul.

O să fie bine, încercam să mă îmbărbătez singur: va fi prima mea procedură reală. Pacientul meu – în vârstă de vreo 50 de ani, corpolent şi taciturn – se afla în perioada de recuperare după intervenţia chirurgicală abdominală pe care o suferise cu circa o săptămână în urmă. Încă nu i se reluase tranzitul intestinal, ceea ce nu-i permitea să mănânce nimic. I-am explicat că, în cazul său, era necesar să se recurgă la nutriţie pe cale intravenoasă, ce impunea montarea unui „cateter special“ şi introducerea ei în interiorul toracelui. I-am spus că aveam să-i instalez cateterul respectiv menţinându-l la orizontală, în pat, ceea ce însemna că trebuia să-i administrez un anestezic local, la nivelul unui punct din regiunea toracică prin care urma să introduc cateterul. N-am menţionat faptul

că linia avea o lungime de circa 20 de centimetri şi că trebuia să penetreze vena cavă, principalul vas de sânge ce mergea spre inimă. Şi nici n-am spus o vorbă despre câtă îndemânare presupunea practicarea unei asemenea proceduri. I-am zis doar că intervenţia implica şi unele „mici riscuri", ca, de pildă, apariţia unei hemoragii sau a colapsului pulmonar; când e realizată de un medic cu experienţă, probleme de acest fel nu apar decât cu o frecvenţă de sub un caz la o sută de pacienţi.

Era evident că eu, unul, nu eram un astfel de doctor experimentat. Şi au început să mi se perinde prin minte toate situaţiile catastrofale pe care le ştiam: femeia care murise în urma unei hemoragii masive, datorată lezării venei cave de către un rezident; bărbatul care a necesitat deschiderea toracelui fiindcă un rezident dăduse drumul ghidului din interiorul cateterului, care a ajuns la nivelul cordului; omul care a făcut stop cardiac după ce procedura aplicată i-a provocat fibrilaţie ventriculară. Pacientului meu nu i-am pomenit însă nimic despre astfel de lucruri atunci când i-am cerut permisiunea să-i montez cateterul. Iar el mi-a spus „OK", deci puteam să-i dau drumul.

Am văzut-o pe S. montând două catetere centrale – unul dintre ele, chiar în ziua precedentă, şi am asistat la efectuarea întregii proceduri. Am observat cum îşi aranja instrumentarul, cum întindea pe spate pacientul, după care îi fixa între omoplaţi un prosop rulat, ca să-i menţină toracele arcuit. Am văzut cum i-a tamponat pieptul cu un antiseptic, cum i-a administrat injecţia cu lidocaină, care este un anestezic local, şi cum, în condiţii de perfectă sterilitate, i-a puncţionat toracele, în apropierea claviculei, cu un ac lung de circa 7,5 cm, ataşat la o seringă. Pacientul n-a avut nici măcar o tresărire. S. mi-a spus cum să evit perforarea plămânului cu acul („Trebuie să pătrunzi sub un unghi ascuţit şi să rămâi *exact* sub clavicula"). A împins acul aproape până la capăt. Apoi a tras pistonul

seringii. Pătrunsese în interior – fapt lesne de observat, fiindcă seringa se umpluse cu sânge maroniu. („Dacă sângele este roşu deschis, înseamnă că ai lezat o arteră“, mi-a spus S. „Şi asta nu-i bine deloc.“)

De îndată ce vârful acului a pătruns în venă, trebuie să lărgeşti orificiul din peretele vasului, să introduci cateterul şi să-l tragi în direcţia corectă – spre inimă, nu spre creier; toate aceste manevre să fie efectuate fără să afectezi vasele de sânge, plămânul sau orice altceva. Pentru asta, mi-a explicat S., începi prin a monta un cateter-ghid. A extras seringa, lăsând acul pe loc. Sângele a ţâşnit afară. A luat un fir subţire de cauciuc, cu o lungime de aproximativ 61 cm, asemănător corzii metalice *re* a unei chitare electrice, şi l-a trecut aproape pe tot prin urechea acului, în interiorul venei şi spre vena cavă. „Să nu forţezi niciodată“, m-a avertizat ea, „şi să nu cumva să-i dai drumul vreodată.“ Pe monitorul cardiac a apărut o accelerare bruscă a ritmului cardiac, aşa că S. a tras firul înapoi circa 2,5 cm. Atinsese inima, provocând fibrilaţie temporară. „Uite, am ajuns unde trebuia“, mi-a şoptit. Apoi, către pacient: „Totul e foarte bine. Mai durează doar două minute.“ A extras acul pe lângă fir şi în locul lui a introdus un dilatator din plastic, dens şi rigid, pe care l-a împins cu putere ca să lărgească deschiderea venei. După ce l-a scos, a trecut cateterul central venos – un tub galben, flexibil, de grosimea unei spaghete – de-a lungul firului, până a pătruns în interior. În acel moment putea scoate ghidul. A curăţat rapid cateterul cu o soluţie de heparină şi l-a suturat în cavitatea toracică. Asta a fost tot.

Văzusem cum decurge procedura. Venise acum rândul meu să încerc s-o aplic. M-am apucat să adun instrumentarul necesar – un kit pentru cateter central, mănuşi, bonetă, mască, lidocaină – şi mi s-a părut că a durat o veşnicie. După ce, în sfârşit, mi-am strâns la un loc tot ceea ce aveam nevoie, m-am oprit

în dreptul uşii pacientului meu şi am rămas nemişcat, încercând, calm, să rememorez etapele intervenţiei. Mi se păreau frustrant de neclare. Dar nu mai puteam trage de timp. Mai aveam de făcut o mulţime de lucruri: trebuia externată doamna A; trebuia programat domnul B la ecografie abdominală; trebuia să-i scot firele doamnei C... Şi aproape din sfert în sfert de oră îmi erau comunicate pe pager noi sarcini – domnului X îi era greaţă şi trebuia să fie văzut; familia domnişoarei Y era în spital şi cineva trebuia să stea de vorbă cu ei; domnul Z avea nevoie de un laxativ. Am tras adânc aer în piept, am arborat cel mai convingător aer „fiţi-fără-grijă-ştiu-ce-am-de-făcut“ şi am intrat în salon, ca să montez cateterul.

Mi-am aşezat instrumentarul pe o masă de lângă patul bolnavului, i-am desfăcut la gât cămaşa de spital şi l-am întins pe spate, pe saltea, cu pieptul dezgolit şi braţele dispuse de-o parte şi de alta a corpului. Am direcţionat o lumină fluorescentă deasupra capului şi am ridicat patul la un nivel convenabil pentru mine. Am anunţat-o pe S., pe pager, că poate veni. Mi-am pus halatul şi mănuşile şi am etalat pe o tavă sterilă, aşa cum îmi aminteam că procedase S., cateterul central, cateterul-ghid şi alte materiale din componenţa kitului. Am încărcat o seringă cu cinci centimetri cubi de lidocaină, am îmbibat două pense port-tampon în soluţie antiseptică, maron-gălbuie, de betadină şi am deschis ambalajul cu materiale pentru sutură. Eram gata să-ncep.

A sosit şi S. „Cum stă cu numărul de trombocite?“

Am simţit un nod în stomac. Nu verificasem. Era grav: dacă testul ar fi evidenţiat un cuantum prea mic, procedura îi putea provoca pacientului o sângerare masivă. S. s-a îndreptat spre computer, să verifice parametrul respectiv. Avea o valoare acceptabilă.

Spăşit, am început să-i tamponez pieptul cu soluţia antiseptică. „I-ai pus prosopul rulat între omoplaţi?“ m-a întrebat S.

Ei bine, nu. Uitasem şi asta. Pacientul mi-a aruncat o privire. Fără să scoată o vorbă, S. a luat un prosop, l-a făcut sul şi i l-a fixat în spate, în locul meu. Odată aplicat antisepticul, l-am învelit cu cearşaful, în aşa fel încât să rămână dezgolită doar zona superioară de pe partea dreaptă a toracelui. Omul s-a răsucit uşor sub cearşaf. S. mi-a inspectat tava. Începea atacul, iar eu trebuia să am garda pusă.

„Unde e seringa suplimentară, necesară pentru curăţarea cateterului când acesta se află în interiorul toracelui?“ Fir-ar să fie! S-a dus s-o aducă.

Am pipăit pieptul pacientului, în căutarea reperelor. *Aici*?, am întrebat-o pe S. din privire, străduindu-mă să nu slăbesc şi mai mult încrederea bolnavului. A dat din cap, încuviinţând. Am anesteziat cu lidocaină zona marcată. („Acum, domnule, veţi simţi o pişcătură şi veţi avea o senzaţie de arsură.“) Apoi am apucat acul lung de 7,5 cm şi am pătruns în piele. Am înaintat cu mişcări uşoare şi nesigure, cu doar câţiva milimetri odată, de teamă ca nu cumva să produc vreo leziune gravă. Afurisit de mare mai e acul ăsta, mă tot gândeam. Nu-mi venea să cred că-l înfigeam în pieptul cuiva. Mă concentram să menţin la intrare un unghi ascuţit, dar continuam să-i străpung clavicula în loc să mă strecor sub ea.

„Au!“ a strigat pacientul.

„Îmi pare rău“, i-am spus. S. mi-a făcut un semn sugestiv cu mâna, indicându-mi să intru sub claviculă De data asta am reuşit. Am tras pistonul seringii. Nimic. S. mi-a făcut semn să merg mai adânc. Am pătruns şi mai profund. Nimic. Am scos acul, l-am curăţat de câteva resturi de ţesut, care-l colmatau, şi am încercat din nou.

„Au!“

Era tot prea superficial. Mi-am croit încă o dată drumul pe sub claviculă. Am retras seringa. Tot nimic. E prea obez, mi-am zis. S. s-a echipat cu mănuşi şi halat. „Ce-ar fi să arunc

şi eu o privire?“ a întrebat ea. I-am dat acul şi m-am dat la o parte. A introdus acul, a tras pistonul seringii şi gata, ajunsese la destinaţie. „Terminăm îndată“, i-a zis pacientului. Mă simţeam complet incompetent.

M-a lăsat apoi să mă ocup, de etapele următoare, pe care le-am parcurs cu stângăcie. Nu mi-am imaginat cât de lung şi de flexibil era cateterul-ghid până în momentul în care am scos rola din învelişul de plastic şi, introducând unul dintre capete în corpul pacientului, a fost cât pe-aci să-l las pe celălalt să se atingă de cearşaful de pat, nesteril. Am uitat de etapa de dilatare până în clipa când mi-a adus aminte S. Apoi, când am introdus dilatatorul, n-am împins suficient de puternic, aşa că S. a fost cea care a efectuat, de fapt, manevra completă. În final, am reuşit să montăm cateterul, l-am curăţat şi l-am suturat.

După ce am ieşit din sală, S. a afirmat că data viitoare aş putea să fiu mai puţin ezitant, dar că n-ar trebui să-mi fac prea multe griji în legătură cu modul în care decurseseră lucrurile. „O să înveţi“, a zis. „E nevoie doar de exerciţiu.“ Eu nu eram prea sigur de asta. Pentru mine, procedura a rămas complet învăluită în mister. Şi mă obseda ideea străpungerii pieptului cuiva cu un ac, atât de adânc şi orbeşte. Am aşteptat cu sufletul la gură radiografia. Dar a ieşit bine: nu provocasem nici o leziune la nivelul plămânului, iar cateterul se afla la locul potrivit.

Nu oricine este atras de tainele chirurgiei. Când eşti student la medicină şi te afli pentru prima dată în sala de operaţie, fie te cuprinde groaza, fie rămâi cu gura căscată de uimire şi pioasă admiraţie când vezi chirurgul pătrunzând cu bisturiul în corpul unei fiinţe umane şi deschizându-l ca pe un fruct. Eu am fost uluit. N-am fost fascinat doar de sânge şi de viscere, ci, în primul rând, de ideea că un simplu om poate

avea atâta siguranţă de sine încât să-şi însuşească arta de-a mânui acel bisturiu.

Există o zicală cu o conotaţie critică despre chirurgi: „Uneori greşesc, dar nu se îndoiesc niciodată.“ După părerea mea însă, este tocmai ceea ce le conferă forţa de care dau dovadă. Chirurgii se confruntă în fiecare zi cu incertitudini. Informaţiile sunt necorespunzătoare; ştiinţa e ambiguă; cunoştinţele şi abilităţile oamenilor nu ating niciodată stadiul perfecţiunii. Chiar şi în cazul celei mai simple operaţii, nu există nici o garanţie că pacientul se va simţi mai bine după efectuarea ei decât dacă n-ar fi făcut-o deloc – ori chiar că va supravieţui. Când m-am aflat pentru prima oară în faţa mesei de operaţie, m-am întrebat cum de ştia chirurgul că intervenţia sa va fi benefică pentru bolnav, că toate etapele aveau să se desfăşoare conform planificării, că sângerarea va fi sub control, că nu se vor produce infecţii, iar organele nu vor fi lezate. Nu ştia, desigur. Şi totuşi, tăia.

Mai târziu, tot pe vremea studenţiei, mi s-a permis să fac eu însumi o incizie. Chirurgul a trasat cu un marker, pe abdomenul unui pacient anesteziat, o linie punctată cu o lungime de vreo 15 cm, după care, spre surprinderea mea, a rugat-o pe asistentă să-mi dea bisturiul. Mi-aduc aminte că încă nu se răcise complet după sterilizarea în autoclav. Chirurgul m-a pus să ţin pielea întinsă între degetul mare şi arătătorul mâinii libere. Mi-a zis să fac o singură incizie fină în adâncime, prin stratul de grăsime. Apropii lama bisturiului de piele şi tai. Era o experienţă ciudată şi subjugantă, care îmbina bucuria degajată de violenţa calculată a actului operator cu dorinţa arzătoare de a-l efectua corect şi cu încrederea justificată într-un posibil efect benefic pentru persoana în cauză. Mai era şi acea uşoară senzaţie de năuceală pe care am avut-o când mi-am dat seama că era necesară şi o forţă nebănuită de mine până atunci. (Pielea este groasă şi elastică,

iar la prima mea încercare nu am incizat suficient de adânc; am fost nevoit să tai de două ori ca să pătrund în ea.) Acel moment a fost decisiv pentru mine, alimentându-mi puternic dorinţa de a deveni chirurg – nu un amator căruia i se dă ocazional bisturiul, ci o persoană sigură pe sine, care efectuează o procedură ca şi când ar fi o activitate de rutină.

Oricum, un medic aflat la începutul perioadei de rezidenţiat nu are defel aerul că stăpâneşte bine profesia – este doar dominat de instinctul, încă puternic, de a refuza să efectueze unele proceduri, precum înfigerea unui bisturiu în pielea cuiva sau a unui ac în pieptul unei persoane. În prima mea zi de rezidenţiat în secţia de chirurgie am fost desemnat să lucrez la camera de gardă. Printre cei dintâi pacienţi ai mei s-a numărat şi o tânără femeie cu părul negru, spre treizeci de ani, care intrase şchiopătând şi scrâşnind din dinţi, având înfipt, în partea inferioară a piciorului, un picior de scaun lung de circa 80 de centimetri. A explicat că îi alunecase piciorul de sub un scaun de bucătărie pe care încercase să se aşeze şi că, sărind de pe el ca să nu cadă, şi-a proptit, din neatenţie, cu toată greutatea, piciorul gol într-un şurub de circa 7 cm care ieşise în afară. Am încercat din răsputeri să am aerul cuiva care nu-şi luase diploma de medic cu numai o săptămână în urmă. Eram hotărât să mă port degajat, blazat, ca un doctor care a mai văzut de o sută de ori aşa ceva. I-am examinat piciorul şi am constatat că şurubul era implantat în os, la baza degetului mare. Nu existau semne de hemoragie şi, cel puţin din ceea ce am apreciat prin palpare, nici de fractură.

„Uau, cred că doare“, am exclamat prosteşte.

Era evident că trebuia să-i administrez un vaccin antitetanos şi să-i extrag şurubul. Am solicitat să mi se aducă vaccinul, însă am început să mă îndoiesc că era oportună extragerea şurubului. Dacă sângera? Sau, poate, riscam să-i fracturez piciorul? Ori altceva, şi mai rău? Mi-am cerut scuze

că eram nevoit să ies şi l-am căutat pe dr. W., medicul chirurg de gardă. L-am găsit ocupându-se de victima unui accident de maşină. Pacientul era într-o stare foarte gravă. Lumea ţipa. Podeaua era plină de sânge. Nu era cel mai bun moment pentru întrebări.

Am solicitat efectuarea unei radiografii. M-am gândit că mă va ajuta să câştig timp şi să-mi verific impresia de novice în ceea ce privea improbabilitatea unei fracturi. Sunt aproape sigur că a durat aproape o oră până când am obţinut rezultatul, ce nu evidenţia nici o fractură – era vizualizat doar un banal şurub încarnat, a spus radiologul, „în vârful primului metatarsian". I-am arătat pacientei radiografia. „Vedeţi, şurubul este implantat în vârful primului metatarsian", i-am zis. Şi ce plan aveţi? a vrut să afle. A, da, ce plan am.

Am pornit din nou să-l caut pe dr. W. Se ocupa în continuare de persoana accidentată, dar am reuşit să-l întrerup ca să-i arăt radiografia. A chicotit când a văzut-o şi m-a întrebat ce-aveam de gând să fac. „Să extrag şurubul?" am întrebat, într-o doară. „Daa", a răspuns, pe un ton ironic, la întrebarea mea, retorică pentru el. S-a asigurat că îi administrasem un vaccin antitetanos şi mi-a făcut semn să-mi iau tălpăşiţa.

Odată întors în camera de gardă, i-am spus pacientei că urma să-i extrag şurubul, fiind pregătit sufleteşte să aud din partea ei ceva de genul „Dumneavoastră?" A zis, în schimb, „OK, doctore", aşa că venise vremea să mă apuc de treabă. Mai întâi, am aşezat-o pe masa de consultaţie, lăsându-i piciorul să atârne într-o parte. Dar se pare că nu luasem cea mai fericită decizie. Până la urmă, i-am mutat corpul mai jos, astfel încât piciorul afectat să-i rămână atârnat, spre capătul mesei. Cu fiecare mişcare, durerea femeii devenea tot mai intensă. I-am injectat un anestezic la locul de intrare, ceea ce a mai ameliorat puţin situaţia. I-am înşfăcat piciorul cu o mână, iar cu cealaltă am apucat lemnul. Am încremenit pentru o

clipă. Oare chiar eram în stare să fac asta? Oare chiar e bine să procedez aşa? Cine eram eu ca să-mi asum o asemenea decizie?

În final, pur şi simplu m-am mobilizat să trec la acţiune. I-am zis să numere până la trei şi-am tras, la început mai cu blândeţe şi-apoi, după un efort de voinţă, cu putere. Pacienta a scos un geamăt. Şurubul nu se clintea din loc. Am răsucit şi a ieşit brusc. Nu s-a produs nici o sângerare. Am spălat plaga conform instrucţiunilor din îndrumarul pentru tratamentul leziunilor prin înţepare. Pacienta a văzut că, în ciuda durerii de la picior, putea să meargă. Am avertizat-o cu privire la riscul producerii unei infecţii şi la semnele pe care trebuia să le aibă în vedere. Recunoştinţa ei a fost copleşitoare şi măgulitoare, exact ca în cazul leului din fabula lui Esop faţă de şoarecele care i-a salvat viaţa, iar în acea noapte am plecat spre casă într-o stare de euforie.

În chirurgie, ca şi în orice altă sferă de activitate, competenţa şi încrederea se deprind pe baza propriei experienţe – rod al unui lung şir de ezitări şi umilinţe. Aidoma jucătorului de tenis, a oboistului ori a specialistului în asamblarea de calculatoare, practica este foarte importantă pentru profesia noastră. Cu o singură diferenţă însă: în medicină, subiectul practicii îl reprezintă oamenii.

Cea de-a doua încercare a mea de a monta un cateter central n-a fost deloc mai reuşită decât prima. Pacienta se afla în secţia de îngrijire intensivă, era muribundă, conectată la ventilator şi avea nevoie de cateter venos central pentru administrarea medicaţiei cardiace puternice direct la nivelul inimii. Era şi intens sedată, ceea ce mă mai liniştea. Nu-şi va da seama cât de lipsit de experienţă eram.

De data asta, mă pregătisem mai bine. Fixasem la locul potrivit prosopul rulat şi aşezasem pe tavă seringile pentru

heparină. I-am verificat rezultatele analizelor, care erau normale. De asemenea, am pus un câmp steril mai mare, ca să mă asigur că, în cazul în care mi s-ar fi întâmplat din nou să scap, din greşeală, cateterul-ghid, acesta nu va atinge ceva nesteril.

Cu toate acestea, procedura fost un eşec total. Am introdus acul mai întâi prea superficial, iar apoi prea în profunzime. Datorită atâtor încercări nereuşite, m-a copleşit un sentiment de frustrare; schimbam mereu unghiul de intrare, dar în zadar. După care, într-o fracţiune de secundă, am observat în seringă un licăr de sânge, semn că pătrunsesem în venă. Cu o mână am fixat acul în poziţia respectivă, iar cu cealaltă am început să trag seringa afară. Dar seringa era prea bine fixată de ac, aşa încât, când am vrut s-o detaşez, am dizlocat şi acul din venă. S-a declanşat o hemoragie în interiorul peretelui toracic. Am aplicat presiune, timp de mai bine de cinci minute, cât am putut de ferm, dar zona afectată continua să aibă o coloraţie vineţie. Prezenţa hematomului făcea imposibilă folosirea acelui loc de inserţie. Voiam să renunţ. Pacienta avea nevoie însă de un cateter venos central, iar rezidentul care mă supraveghea – de data aceasta, era un doctor din anul al doilea de rezidenţiat – era ferm convins că voi reuşi. După ce ni s-a confirmat, printr-o radiografie, că nu-i lezasem plămânul, m-a pus să fac o nouă încercare, de data aceasta pe partea opusă şi utilizând un kit nou. Am ratat iarăşi, aşa că, înainte de-a transforma pacienta într-o pernă de ace, a preluat el efectuarea procedurii. Nici rezidentul n-a localizat vena decât după mai multe minute şi două sau trei tatonări, ceea ce m-a mai încurajat puţin. Poate că era un caz neobişnuit de dificil.

Cu toate acestea, după ce, câteva zile mai târziu, am avut un nou eşec cu un al treilea bolnav, mi-am pierdut aproape definitiv încrederea. Aceleaşi tentative repetate de-a introduce acul, toate fără nici un rezultat. M-am dat la o parte. Rezidentul sub supravegherea căruia eram a reuşit din prima încercare.

Percepuţi ca un grup de specialişti, chirurgii sunt, cu toţii, adepţii unui soi curios de egalitarism. Ei cred în experienţa practică, nu în talent. Oamenii îşi închipuie că trebuie să ai mâini extraordinare ca să devii chirurg, ceea ce nu-i deloc adevărat. Când am susţinut interviul pentru admiterea în programele de chirurgie, nimeni nu m-a pus să cos sau să dau vreun text de dexteritate şi nici n-a verificat dacă am mâini ferme. Nici măcar nu e nevoie să ai toate cele zece degete ca să fii acceptat. Talentul conferă un plus de siguranţă. Profesorii spun că, în cadrul unui program, la fiecare doi sau trei ani o dată apare cineva realmente dotat – cineva capabil să deprindă neobişnuit de rapid dexteritatea atât de complexă a unui specialist, să perceapă întregul câmp operator ca pe un întreg sau să anticipeze riscurile, evitând apariţia complicaţiilor. Cu toate acestea, chirurgii angrenaţi în formarea viitorilor specialişti afirmă că pentru ei contează cel mai mult să-i descopere pe cei care sunt suficient de conştiincioşi, de sârguincioşi şi de „netoţi“ încât să îndure practicarea, la nesfârşit, zi şi noapte, a unei meserii atât de dificile. După cum mi-a spus un profesor de chirurgie, dacă ar avea de făcut o alegere între un doctor în ştiinţe care s-a implicat asiduu în clonarea unei gene şi un sculptor talentat, ar opta, de fiecare dată, pentru cel dintâi. Bineînţeles, mi-a zis el, ar fi convins că sculptorul este înzestrat, din punct de vedere fizic, cu mai mult talent, dar ar fi la fel de sigur că doctorul este mai puţin „excentric“. Şi, în fond, asta contează mai mult. Chirurgii consideră că îndemânarea poate fi deprinsă, dar tenacitatea, nu. Este un criteriu de recrutare cam ciudat, dar el se aplică pentru fiecare verigă a ierarhiei profesionale, până la departamentele chirurgicale de la cel mai înalt nivel. Sunt luaţi medici fără experienţă în chirurgie, a căror pregătire durează ani în şir şi care-şi modelează aptitudinile, cu precădere, învăţând tot de la specialişti formaţi după aceleaşi criterii interne.

Iar sistemul funcţionează. Au fost realizate, până în prezent, numeroase studii privitoare la performanţele elitelor – violonişti de talie internaţională, mari maeştri de şah, patinatori profesionişti, matematicieni şi aşa mai departe – şi, conform evaluărilor făcute de cercetători, cea mai semnificativă diferenţă între statutul lor şi cel al profesioniştilor mai puţin merituoşi constă în cuantumul de experienţă practică pe care au acumulat-o prin propria lor voinţă. Într-adevăr, poate că talentul cel mai mare îl reprezintă chiar talentul pentru practică. K. Anders Ericsson, specialist în psihologia cognitivă şi expert în domeniul performanţei, arată că influenţa cea mai pregnantă a factorilor ereditari rezidă, probabil, în angrenarea *propriei voinţe* într-un proces susţinut de pregătire. El a constatat, de pildă, că între marii artişti şi cei obişnuiţi nu există diferenţe în ceea ce priveşte plăcerea de-a exersa. (Aşa se explică, de pildă, de ce atleţii şi muzicienii nu mai exersează după ce ies la pensie.) Într-o măsură mai mare decât alţii însă, ei au dorinţa de-a avea în continuare aceleaşi preocupări.

Cât despre mine, nu eram prea sigur că voiam să continui. La ce bun, mă-ntrebam, să tot montez catetere centrale, când procedura respectivă nu-mi reuşea niciodată mai bine? Poate că, dacă mi-ar fi fost foarte limpede ce anume greşeam, aş fi ştiut asupra cărui aspect să mă concentrez. Dar nu-mi era clar. Evident, fiecare avea de făcut câte o sugestie. Acul trebuie introdus cu secţiunea oblică de la vârf în sus. Ba nu, cu secţiunea în jos. Se exercită presiune astfel încât acul să se curbeze puţin. Ba nu, nu trebuie curbat. Am încercat, o vreme, să evit efectuarea respectivei intervenţii. Destul de curând însă s-a ivit un nou caz.

Împrejurările erau cât se poate de nefavorabile. Ziua de lucru începuse de mult, iar eu stătusem treaz toată noaptea precedentă. Pacientul suferea de obezitate, având o greutate

corporală de circa 136 de kilograme. Nu suporta să stea întins la orizontală, fiindu-i greu să respire, datorită greutăţii toracelui şi a abdomenului. Cu toate acestea, era absolut necesară montarea unui cateter central. Avea o plagă infectată sever şi avea nevoie de tratament intravenos cu antibiotice, dar nimeni nu putea să-i găsească venele de la nivelul braţului pentru inserarea unui cateter intravenos periferic. Nu prea credeam că voi reuşi. Însă un rezident execută ceea ce i se spune să facă, iar eu fusesem solicitat să încerc montarea cateterului.

Am intrat în salonul pacientului. Avea un aer speriat şi mi-a zis că nu-şi închipuia că va fi nevoit să rămână întins pe spate mai mult de un minut. Dar a afirmat că înţelegea situaţia şi că era dispus să facă tot efortul de care era în stare. Am convenit să fie lăsat să stea sprijinit în şezut până când situaţia ar fi impus o schimbare a poziţiei, urmând să vedem, apoi, ce puteam face.

Mi-am început pregătirile: am verificat analizele de laborator, am scos kitul, am fixat prosopul rulat între omoplaţi şi aşa mai departe. I-am curăţat pieptul şi i l-am acoperit cu câmp steril în timp ce se afla tot cu spatele sprijinit de tăblia patului. De data asta eram asistat de S., şefa departamentului de rezidenţi, care, după ce am terminat cu pregătirile, a împins patul la orizontală şi i-a fixat pacientului o mască de oxigen pe faţă. Pielea i s-a revărsat peste partea superioară a toracelui într-o mişcare ondulatorie, ca un val. Nu-i puteam găsi clavicula cu vârfurile degetelor, ca să delimitez corect punctul de intrare. Iar faţa i se şi congestionase, fiind deja pe punctul de-a nu mai putea respira. M-am uitat spre S., întrebând-o din priviri dacă voia să continue ea. Mi-a făcut semn să merg mai departe. Am stabilit foarte vag punctul de inserţie, am aplicat local lidocaină şi am împins acul cel mare. Pentru o clipă am crezut că nu e suficient de lung pentru a ajunge la ţintă, dar în secunda următoare am simţit cum vârful acului

alunecă sub claviculă. Am mai împins puţin şi am tras pistonul seringii. Părea de necrezut: era plină cu sânge. *Ajunsesem* în venă. Am fost foarte atent ca, pe toată durata operaţiunii de detaşare a seringii şi introducere a cateterului-ghid, acul să fie fixat ferm în locul respectiv şi să nu se clintească nici măcar cu un milimetru. Cateterul era poziţionat foarte bine. Pacientul aproape că nu mai avea aer. L-am ridicat şi l-am lăsat puţin să-şi revină. Apoi am mai făcut o manevră de coborâre a patului la orizontală, ca să execut o dilatare a orificiului de intrare şi să inserez cateterul central. „Te-ai descurcat", a fost tot ce mi-a spus S., înainte de-a pleca.

Nici acum nu înţeleg ce anume făcusem în acea zi altfel decât până atunci. Cert este că, din acel moment, toate intervenţiile mele de montare a unui cateter îşi atingeau ţinta. Într-un astfel de context, practica devine o plăcere. Zile la rând nu reuşeşti decât să ai o percepţie fragmentată asupra activităţii pe care o ai de îndeplinit. Şi vine vremea când vezi totul ca pe un întreg. Învăţarea conştientă se transformă, pe nesimţite, în noţiuni de a căror existenţă nici nu-ţi mai dai seama.

La ora actuală am ajuns să montez peste o sută de catetere venoase centrale. Ceea ce nu înseamnă că nu mai fac deloc greşeli. Sigur, am avut destul parte de ceea ce prefer să consider drept „evenimente potrivnice". De pildă, am lezat plămânul unui pacient – nici mai mult, nici mai puţin decât plămânul drept al unui chirurg dintr-un alt spital – şi, după toate probabilităţile, asemenea situaţii vor mai apărea. Mi se întâmplă şi în prezent să întâlnesc, uneori, acel tip de caz „uşor" în care, orice-aş face, apar tot soiul de probleme. (Iată cum obişnuim să caracterizăm astfel de situaţii – Un coleg întreabă: „Cum a mers?" Iar eu răspund: „A fost un dezastru." Orice alt comentariu e de prisos.)

Există însă şi cealaltă categorie de situaţii, când totul decurge perfect. Nu te gândeşti. Nu te concentrezi. Absolut orice îţi reuşeşte fără nici cel mai mic efort. Iei acul. Efectuezi puncţia în torace. Simţi traseul acului – mişcarea lină, aproape imperceptibilă, prin stratul de grăsime, o uşoară rezistenţă în densitatea muşchiului, urmată de lipsa de rezistenţă după depăşirea peretelui venos – şi ajungi la destinaţie. În astfel de momente, e mai mult decât uşor; e frumos.

Pregătirea în domeniul chirurgiei este un proces perpetuu, cu mize din ce în ce mai dificile, cu riscuri tot mai mari – la început stângăcie şi nesiguranţă, apoi activităţi disparate, care converg spre cunoaştere şi, uneori, spre momente de mare precizie şi rafinament. La început, deprinzi noţiunile practice de bază: cum să-ţi pui mănuşile şi boneta, cum să aplici pacienţilor câmpul steril, cum să manipulezi bisturiul, cum să realizezi un nod chirurgical (nemaipunând la socoteală cum să dai indicaţii, să utilizezi computerul, să comanzi medicaţia). Dar urmează sarcinile mai solicitante: cum să faci o incizie la nivelul pielii, să mânuieşti electrocauterul, să deschizi cavitatea toracică, să ligaturezi un vas care sângerează, să excizezi o tumoră, să închizi o plagă – să efectuezi o lumpectomie*. În decurs de şase luni mă ocupasem de montarea cateterelor, de apendicecomii, de grefe de piele, de corectarea chirurgicală a herniilor şi de mastectomii. După un an, făceam amputări de membre, biopsii de noduli limfatici şi hemoroidectomii. După doi ani, efectuam traheotomii, unele intervenţii chirurgicale la nivelul intestinului subţire şi operaţii laparoscopice de colecist.

Sunt în cel de-al şaptelea an de pregătire. Abia acum a ajuns să mi se pară că o banală incizie tegumentară e un fleac, e doar un caz la debut. Este în continuare dificil când acţionez

---

* Extirparea unei mase de ţesut mamar (n. tr.).

în interiorul corpului. La ora actuală încerc să învăţ cum să abordez anevrismele aortice abdominale, cum să efectuez rezecţia tumorilor canceroase pancreatice, să degajez arterele carotide blocate. Am constatat că nu sunt nici înzestrat, nici neîndemânatic. Practică şi iar practică – asta e deviza care mă ajută să capăt deprinderile necesare.

În medicină, ne vine greu să discutăm toate aceste aspecte cu pacienţii. Purtăm mereu povara morală a faptului că ne acumulăm experienţa profesională din lucrul direct pe material uman, dar de cele mai multe ori preferăm să nu vorbim despre asta. Înaintea fiecărei operaţii, echipat pentru intervenţie, trec prin salonul preoperator şi mă prezint pacientului. Procedez mereu la fel. „Bună ziua, sunt doctorul Gawande. Sunt rezident în cadrul secţiei de chirurgie şi voi participa la operaţie împreună cu medicul dumneavoastră." Cam asta-i tot ce spun pe tema respectivă. Îi întind mâna, arborând un aer zâmbitor. Îl întreb dacă totul e în regulă până în acel moment. Tăifăsuim. Răspund la întrebări. Există şi situaţii, foarte rare, când unii bolnavi se simt contrariaţi auzind introducerea mea. „De operaţia mea n-o să se ocupe un rezident", zic ei. Încerc să-i liniştesc. „Nu vă faceţi griji. Eu asist doar." Şi continui: „Responsabilitatea asupra intervenţiei o are întotdeauna medicul chirurg."

Nici una dintre afirmaţiile mele nu e chiar o minciună. Medicul chirurg *are* responsabilitatea actului operator, iar un rezident o ştie cel mai bine, cum ar putea să uite aşa ceva? Iată, de pildă, operaţia de extirpare a unui cancer de colon, pe care am efectuat-o, recent, în cazul unei paciente în vârstă de 75 de ani. Medicul chirurg m-a ţinut „în rezervă" încă de la început. Şi tot el, nu eu, a fost cel care a decis unde să facă incizia, cum să izoleze tumora, cât de lung să fie segmentul din intestinul gros ce trebuia înlăturat.

Cu toate acestea, dacă aş afirma că n-am făcut altceva decât să asist, ar însemna să apelez în continuare la un subterfugiu.

În definitiv, n-am fost doar o pereche de mâini de rezervă. Altminteri, de ce-aş fi ţinut bisturiul? De ce-aş fi stat de aceeaşi parte a mesei de operaţie cu medicul care efectua intervenţia? De ce-aş fi fost ridicat la o înălţime de peste 1,80 metri? Mă aflam acolo ca să dau o mână de ajutor, într-adevăr, dar şi ca să exersez. Că aşa era a devenit evident atunci când a sosit momentul reconectării colonului. Există două modalităţi de îmbinare (sutură) a celor două capete – prin coasere manuală (cu fir de sutură) sau prin aplicarea unor copci. Cea de-a doua procedură este mai rapidă, mai sigură şi mai uşoară, însă chirurgul mi-a sugerat să aleg prima variantă – nu fiindcă era în beneficiul pacientei, ci pentru că o executasem doar de foarte puţine ori până atunci. Când este efectuată corect, rezultatele sunt asemănătoare, dar trebuia să mă supravegheze ca un şoim. Mişcările mele erau lente şi ezitante. La un moment dat, m-a surprins făcând suturile prea rare şi m-a pus să reiau procedura, lăsând spaţii mai mici între o puncţie şi alta, ca să nu se desfacă sutura. Altădată, a constatat că introduceam acul prea superficial la nivelul ţesutului, ceea ce împiedica asigurarea unei suturi ferme. „Îndoaie mai mult încheietura mâinii“, mi-a spus, „Aşa?“ l-am întrebat. „Hm, cam aşa ceva“, a zis. Învăţam.

În medicină ne confruntăm de multă vreme cu un conflict între imperativul de-a le furniza pacienţilor cea mai bună îngrijire posibilă şi necesitatea de-a le oferi novicilor experienţa de care au nevoie. Stagiile de rezidenţiat încearcă să atenueze eventualele neplăceri prin supraveghere şi acordarea gradată a responsabilităţii. Şi există motive ce susţin faptul că instruirea generează beneficii pentru pacienţi. În general, studiile arată că spitalele universitare obţin rezultate mai bune decât cele fără un asemenea profil. Poate că rezidenţii nu au experienţă, dar nu e deloc de neglijat faptul că sunt prezenţi în preajma pacienţilor, controlându-le starea de sănătate, că pun

întrebări, că-şi continuă pregătirea începută în facultate. Nu pot fi evitate însă acele câteva momente de ezitări prin care trece orice medic tânăr care încearcă să monteze un cateter central, să extirpe un cancer mamar sau să sutureze două segmente de colon. Indiferent câte măsuri de precauţie s-ar lua, asemenea cazuri decurg, în medie, mai puţin bine când sunt abordate de un novice decât când sunt preluate de un doctor cu experienţă.

Nu ne facem iluzii în legătură cu acest subiect. Când un medic specialist îşi aduce pe cineva din familie care urmează să fie supus unei intervenţii chirurgicale, colegii din spital se gândesc foarte serios la gradul de implicare a doctorilor aflaţi în stagii de pregătire. Chiar şi atunci când medicul respectiv insistă ca tinerii lui confraţi să participe la operaţie ca de obicei, rezidentul căruia i s-a îngăduit să asiste ştie că intervenţia aceea nu va fi, nici pe departe, un studiu de caz. Iar dacă este prevăzută montarea unui cateter venos central, evident că procedura nu va fi efectuată de un începător. În schimb, serviciile de gardă şi clinicile în care rezidenţii poartă cea mai mare responsabilitate au ca pacienţi oamenii săraci, persoanele fără asigurare de sănătate, alcoolicii şi suferinzii de demenţă. În zilele noastre, rezidenţii operează rareori independent, fără a fi supravegheaţi de medicii formatori, dar când avem asemenea ocazii – impuse de momentul finalizării stagiului de pregătire, ce ne deschide perspectiva chirurgiei „pe cont propriu“ – ne exersăm deprinderile, de regulă, operând astfel de pacienţi, care aparţin celor mai defavorizate pături ale societăţii.

Acesta este adevărul, stânjenitor, în problema instruirii. Prin tradiţie, etica şi opinia publică (nemaivorbind de sentinţele judecătoreşti) susţin faptul că dreptul pacientului la cea mai bună îngrijire posibilă trebuie să fie considerat mai important decât obiectivul de a forma competenţe. Vrem să avem

perfecţiune fără practică. Însă toată lumea are de suferit dacă nimeni nu e pregătit pentru viitor. Aşa că procesul de învăţare stă ascuns în spatele câmpurilor sterile, al anesteziilor şi al unui limbaj eliptic. Iar problema nu-i vizează doar pe rezidenţi ori pe medicii în formare. De fapt, procesul de învăţare se dovedeşte a fi cu mult mai îndelungat decât se crede îndeobşte.

Am crescut, împreună cu sora mea, în Athens, un orăşel din statul Ohio, unde lucrează şi părinţii noştri – sunt amândoi medici. Cu mult timp în urmă, mama a optat pentru pediatrie şi a decis să lucreze cu program redus, doar trei zile pe săptămână; şi a reuşit, deoarece cabinetul de urologie al tatei era tot mai asaltat de pacienţi şi devenise o afacere de succes. Sunt deja peste douăzeci şi cinci de ani de când oferă consultaţii, fapt atestat cu prisosinţă de aspectul biroului său: un perete înţesat de dosare ale pacienţilor, peste tot cadouri primite de la diverse persoane (cărţi, tablouri, casete incrustate, precum şi o figurină întruchipând un băiat care face pipi când îi tragi în jos pantalonii). Într-o cutie de plastic, din spatele biroului de stejar, sunt câteva duzini din miile de calculi renali pe care i-a extras de la pacienţii respectivi.

Abia acum, când mă apropii de finalul perioadei de pregătire, am început să mă gândesc serios la succesul tatălui meu. Pe tot parcursul acestei etape din activitatea mea de viitor medic specialist am perceput chirurgia, mai mult sau mai puţin, ca pe un corp fix de noţiuni şi deprinderi ce pot fi acumulate în timpul procesului de instruire şi desăvârşite, ulterior, în practică. Era, în viziunea mea, un cumul de experienţă şi îndemânare, de forma unei curbe ascendente, fără asperităţi, dobândit prin îndeplinirea câtorva sarcini foarte exact configurate (în ceea ce mă privea, era vorba de eliminarea calculilor biliari, a cancerelor de colon, a gloanţelor şi a apendicelor, iar în cazul tatălui meu, de eliminarea pietrelor la rinichi, a

neoplasmelor testiculare şi a adenoamelor de prostată). Credeam că acea curbă urma să atingă un maxim, timp de, hai să zicem, zece-cincisprezece ani, să aibă apoi, vreme îndelungată, o porţiune liniară (un platou) şi să-şi mai prelungească puţin traiectoria cu cinci ani înainte de vârsta pensionării. Realitatea este însă mult mai complicată. Ajungi să fii expert în anumite privinţe, îmi spune tata, dar, mult mai curând decât ai crede, afli că nivelul tău de cunoaştere este depăşit. Apar tehnologii şi proceduri noi, care le înlocuiesc pe cele vechi, şi te pui iarăşi pe învăţat. „În timpul rezidenţiatului n-am deprins decât un sfert din ceea ce ştiu astăzi", îmi zice tatăl meu. Pe cont propriu, la o distanţă de 90 de kilometri de cel mai apropiat colegiu – lăsând în urmă un doctor care nu avea altceva să-i spună decât „Trebuie să-ţi îndoi mai mult încheietura mâinii când faci asta" – a fost nevoit să înveţe cum să monteze proteze peniene, să practice tehnici de microchirurgie, să realizeze reversibilizarea vasectomiei, să efectueze prostatectomii cu conservarea plexurilor nervoase periprostatice*, ori implanturi de sfinctere urinare artificiale. A învăţat să utilizeze aparatura pentru litotripsie cu unde de şoc extracorporale**, cu unde electrohidraulice sau cu laser (întreaga gamă de dispozitive pentru spargerea pietrelor la rinichi); să manipuleze stenturile ureterale Double J, pe cele Silicone Figure Four Coil şi Retro-Inject Multi-Length (nici nu vă gândiţi să întrebaţi cum e); să lucreze cu un uretroscop cu fibre optice. Toate aceste tehnologii şi tehnici au fost introduse în practică încă de când îşi încheiase perioada de pregătire. Unele dintre proceduri se bazau pe principii cunoscute. Multe altele însă, nu.

---

* Ceea ce permite păstrarea continenţei urinare şi a potenţei (n. tr.).

** ESWL – metodă pe bază de ultrasunete; acestea traversează cu uşurinţă corpul, dar sunt suficient de puternice ca să spargă calculul renal (n. tr.).

De fapt, aşa se acumulează experienţă în chirurgie. În medicină apar permanent inovaţii, iar chirurgii nu au altă soluţie decât să încerce să le transpună în practică. Eşecul adoptării unor noi tehnici de lucru nu înseamnă altceva decât privarea pacienţilor de beneficiile progresului ştiinţei medicale. Cu toate acestea, nu pot fi evitate riscurile implicate de dinamica procesului de învăţare – în perioada de rezidenţiat şi, cu atât mai mult, în activitatea practică.

Pentru chirurgii practicieni, sistemul de organizare a instruirii oferă mult mai puţine oportunităţi – nici nu are cum să fie altfel – decât în cazul rezidenţilor. Când apare un nou tip de aparatură sau de tehnică operatorie, aşa cum se întâmplă an de an, chirurgii efectuează mai întâi un curs pregătitor, cu durata de o zi sau două – de regulă, se audiază prelegeri susţinute de somităţi în domeniu, la sfârşitul cărora participanţilor li se dau materiale sub formă de înregistrări video şi de broşuri cu instrucţiuni detaliate de utilizare. Ne luăm acasă materialul video, să-l studiem. Poate îi facem o vizită unui coleg, ca să vedem, concret, cum decurge noua intervenţie – aşa procedează şi tatăl meu, care merge deseori, pentru schimb de experienţă, în Ohio sau la Clinica Cleveland. Nu prea există însă posibilităţi de instruire practică. Spre deosebire de un rezident, un vizitator nu se poate ocupa direct de cazurile pe care le vede, iar ocaziile de a practica pe animale sau pe cadavre sunt puţine şi sporadice. (La ora actuală, Marea Britanie – doar e Marea Britanie! – le interzice chirurgilor să lucreze pe animale.) Când a apărut laserul cu spot luminos galben, producătorul a înfiinţat, în Columbus, Ohio, un laborator destinat specializării urologilor locali. A fost şi tatăl meu, însă principala aplicaţie a noii tehnologii a constat în distrugerea calculilor renali în eprubete pline cu un lichid ce mima urina şi într-un experiment de penetrare a cojii unui ou fără atingerea membranei interioare. Departamentul de chirurgie

al clinicii unde lucrez a achiziţionat recent un dispozitiv de chirurgie robotică – un robot sofisticat, în valoare de 980 000 de dolari, dotat cu trei braţe, două încheieturi de braţ şi o cameră video, toate având un diametru de câţiva milimetri, care, prin control automat, de la un pupitru de comandă, îi permite chirurgului să realizeze aproape orice tip de operaţie, cu precizie maximă şi cu incizii extrem de fine. O echipă formată din doi chirurgi şi două asistente medicale a luat avionul până la San Jose, la sediul central al producătorului, pentru a se familiariza cu noua aparatură, în cursul unui instructaj de o zi. Şi au lucrat, efectiv, pe un porc şi pe un cadavru uman. (Compania achiziţionează cadavre din San Francisco.) Dar chiar şi o asemenea experienţă, ce a presupus un cuantum de pregătire practică incomparabil mai generos decât cel de care se poate beneficia în general, nu întruneşte, nici pe departe, rigorile unei instruiri temeinice. Şi-au însuşit doar acel minim de cunoştinţe necesare înţelegerii principiilor de funcţionare ale robotului şi familiarizării cu modul de operare ori cu planificarea unei intervenţii chirurgicale. Cam asta a fost tot. Mai devreme sau mai târziu, tot trebuie să te întorci acasă şi să aplici ce-ai învăţat.

Aplicarea noii tehnologii le aduce pacienţilor beneficii – adesea, extraordinar de mari – care însă uneori nu sunt vizibile de la bun început, ba chiar, în unele cazuri, se pot produce prejudicii. Un exemplu în acest sens – relatat pe larg într-un număr din primăvara anului 2000 al publicaţiei *British Medical Journal* – îl reprezintă experienţa unităţii de chirurgie pediatrică a renumitului Great Ormond Street Hospital din Londra. Medicii şi-au prezentat rezultatele obţinute pe o serie de trei sute douăzeci şi cinci de copii mici afectaţi de o gravă anomalie cardiacă, operaţi – prin utilizarea procedurii cunoscute sub numele de transpoziţie a marilor artere – de-a lungul unei perioade (cuprinsă între anii 1978 şi 1998) în care chirurgii respectivi îşi schimbau abordarea terapeutică a

malformaţiei în speţă, înlocuind tehnica de lucru utilizată până atunci cu una nouă. Copiii cu asemenea probleme congenitale prezintă o poziţionare anormală* a vaselor ce părăsesc inima: aorta porneşte din partea dreaptă a cordului în loc să pornească din partea stângă, iar artera pulmonară porneşte din partea stângă, nu din cea dreaptă. Drept urmare, sângele care intră în inimă nu este direcţionat mai întâi spre plămâni, unde poate fi oxigenat, ci este pompat imediat înapoi, către corp. În astfel de cazuri, supravieţuirea este imposibilă. Copiii care prezentau o atare malformaţie aveau o coloraţie albastră a pielii şi o stare de epuizare fizică; ei au murit fără să ştie ce înseamnă să respiri normal. Timp de foarte mulţi ani, lipsa mijloacelor tehnice adecvate făcea imposibilă realizarea intervenţiei de repoziţionare corectă a vaselor de sânge. Medicii efectuau, în schimb, aşa-numita procedură Senning: ei creau un pasaj în interiorul cordului, pentru a permite transportarea sângelui din plămâni înapoi, spre inimă. Procedura Senning favoriza supravieţuirea copiilor până la vârsta adultă. În timp însă, partea dreaptă a inimii, care nu funcţionează la parametri normali, nu mai are aceeaşi capacitate de susţinere a întregului flux sangvin ca partea stângă. Până la urmă, pacienţii respectivi făceau insuficienţă cardiacă şi, chiar dacă mulţi dintre ei reuşeau să ajungă la maturitate, doar puţini aveau şanse să trăiască până la o vârstă înaintată. Abordarea terapeutică s-a schimbat apoi, prin 1980, când chirurgii din spitalul Great Ormond Street au prezentat un prim raport, vădit favorabil, asupra noii tehnici de lucru utilizate în cazul unor astfel de malformaţii. În cazul persoanelor supuse unei operaţii reuşite de transpoziţie, rata anuală a deceselor reprezenta doar mai puţin de o pătrime din cea înregistrată după aplicarea tehnicii Senning, iar speranţa de viaţă era de şaizeci şi trei de ani în loc de patruzeci şi şapte.

---

* O transpoziţie (n. tr.).

Deprinderea noii proceduri s-a făcut însă cu un preţ înfiorător. Primele şaptezeci de operaţii prin transpoziţie s-au soldat cu o rată de deces datorat intervenţiei de 25%, comparativ cu numai 6%, în cazul utilizării tehnicii Senning. (Au murit atunci optzeci de copii mici, un număr ce depăşea, de peste două ori, totalul celor decedaţi de-a lungul întregii perioade în care era aplicată procedura Senning.) În timp, specialiştii au reuşit să stăpânească bine noua tehnică terapeutică: următoarele o sută de cazuri abordate prin transpoziţie au înregistrat doar cinci decese.

Ca pacienţi, ne dorim atât experienţă, cât şi progres. Ceea ce nimeni nu e dispus să recunoască este faptul că aceste năzuinţe sunt într-o evidentă contradicţie. Aşa cum se menţiona în cadrul unui raport public din Marea Britanie, „Când este vorba de siguranţa pacientului, n-ar trebui să se pună problema unui «prag al învăţării».“ Poţi gândi aşa numai dacă vrei să ignori realitatea.

Recent, un grup de cercetători de la Harvard Business School, care au pus bazele unei discipline de specialitate dedicate studiului curbei de învăţare în industrie – mai exact, în domeniile fabricării semiconductorilor, construcţiei de avioane şi altele asemenea –, a decis să realizeze o analiză similară şi în sfera chirurgiei. În acest scop, au urmărit optsprezece specialişti în chirurgie cardiacă, împreună cu echipele lor de lucru, de-a lungul perioadei de introducere în practică a noii tehnici de chirurgie cardiacă minim invazivă. Am fost surprins să constat că studiul respectiv constituie o premieră în domeniu. Învăţatul este o permanenţă în medicină, şi totuşi nimeni nu a evaluat vreodată variaţiile de calitate ale acestui proces în rândul clinicienilor.

Noua tehnică operatorie la nivelul cordului – ce implică doar o mică incizie intercostală, în loc să se efectueze acea

deschidere mare a toracelui – s-a dovedit a fi cu mult mai dificilă decât cea covenţională. Fiind prea mică, incizia nu permite inserarea tuburilor şi a clemelor pentru redirecţionarea fluxului sangvin către dispozitivul de bypass cardiac, chirurgii au fost nevoiţi să-şi însuşească o metodă mai „isteaţă", ce presupunea montarea unor baloane şi catetere prin vasele ce străbat canalul inghinal. A fost necesară deprinderea abilităţii de-a opera într-un spaţiu mult mai restrâns. Asistenţii medicali, anesteziştii şi cei care efectuau perfuzii au început să aibă şi alte responsabilităţi. Întregul personal avea noi însărcinări, noi instrumente de lucru, noi modalităţi de abordare şi de soluţionare a situaţiilor în care puteau apărea probleme nedorite. Aşa cum era de aşteptat, s-a constatat că fiecare dintre cadrele medicale implicate avea un „prag de învăţare" considerabil. În timp ce echipele specializate efectuează o asemenea operaţie în trei-şase ore, celor care abia deprindeau noua metodologie le-a fost necesar un interval de timp aproape triplu. Cercetătorii n-au putut să urmărească îndeaproape ratele de morbiditate, dar ar fi nerealist să credem că acestea nu au fost afectate.

Şi mai interesant este faptul că autorii studiului au constatat existenţa unor discrepanţe frapante în ceea ce priveşte viteza însuşirii noilor cunoştinţe de către diversele echipe medicale. Toate beneficiaseră de acelaşi tip de stagiu de instruire de trei zile şi erau formate în cadrul unor instituţii respectabile, care aveau experienţa adoptării inovaţiilor. Cu toate acestea, în cursul unei serii de cincizeci de cazuri, unele echipe au reuşit să-şi înjumătăţească timpul operator, pe când altele n-au făcut deloc progrese. S-a dovedit, aşadar, că practica nu a fost condiţia necesară şi suficientă pentru obţinerea unor rezultate perfecte. Iar atingerea performanţelor – după cum relevă observaţiile cercetătorilor – a depins de *modul* în care s-au pregătit chirurgii şi colectivele lor de lucru.

Richard Bohmer, singurul medic din componenţa echipei de cercetători de la Harvard, a vizitat mai multe spitale ca să observe particularităţile echipelor care învăţau cel mai rapid şi, respectiv, cel mai lent. A fost uimit de deosebirile sesizate. Chirurgul din cadrul echipei celei mai „isteţe“ avea destul de puţină experienţă comparativ cu cel din echipa cu performanţe mai slabe – utiliza de numai doi ani noua metodologie. Dar îşi alesese cu multă grijă colaboratorii, orientându-se doar spre cei cu care lucrase bine anterior şi menţinând spiritul de coeziune în timpul operării primelor cincisprezece cazuri, abia ulterior punându-şi problema cooptării unor noi membri. La început, a efectuat o simulare de caz, după care a programat, în mod intenţionat, încă din prima săptămână, şase intervenţii, ca să nu existe riscul să se uite ceva între timp. Şi-a convocat colegii atât înainte de fiecare caz, pentru a discuta toate detaliile, cât şi ulterior, pentru a trece în revistă toate etapele. S-a asigurat că rezultatele au fost analizate riguros. Iar ca om, observa Bohmer, chirurgul respectiv nu era deloc întruchiparea lui Napoleon înarmat cu un bisturiu. I-a spus lui Bohmer, în modul cel mai spontan: „Ca să poată accepta contribuţia celorlalţi, chirurgul trebuie să-şi dorească să fie un partener veritabil [al coechipierilor săi].“ Poate că părea o afirmaţie clişeu; dar, repet, îi reuşea orice. La celălalt spital, chirurgul îşi alesese echipa aproape la întâmplare şi nu l-a preocupat problema coeziunii ei. În cursul primelor şapte cazuri abordate, componenţa ei se schimba de fiecare dată, ceea ce însemna că nici nu mai era justificată noţiunea de echipă. Iar chirurgul nu organiza şedinţe de lucru pre- sau post-intervenţie şi nici nu urmărea evoluţia rezultatelor obţinute.

Studiul realizat de Harvard Business School a oferit noi elemente încurajatoare. Putem face lucruri care au un efect surprinzător asupra curbei învăţării – de pildă, să privim cu mai multă responsabilitate modul în care ne implicăm în instruire

şi urmărim progresele obţinute, indiferent dacă avem de-a face cu studenţi şi cu rezidenţi ori cu chirurgi experimentaţi şi cu asistenţi medicali. Celelalte rezultate ale studiului nu sunt însă la fel de încurajatoare. Oricât ar fi fost de competenţi, chirurgii care au încercat ceva nou au trăit experienţa unor eşecuri înainte de-a avea succesul scontat, iar curba învăţării s-a dovedit că avea o pantă mai alungită în raport cu timpul şi că era influenţată de o gamă de factori mult mai complexă decât şi-ar fi imaginat cineva. Toate aceste date confirmă din plin faptul că pregătirea novicilor nu poate fi realizată fără compromiterea îngrijirii pacienţilor.

Bănuiesc că aşa se explică şi atitudinea evazivă a doctorilor, exprimată cu volubilitate, în maniera „Eu asist doar" sau printr-un discurs de tipul „Dispunem de o nouă procedură, care corespunde perfect cazului dumneavoastră" ori prin afirmaţia „Este necesar să vă montez un cateter venos central", din care lipseşte partea „Eu sunt încă în perioada de însuşire a tehnicii". Uneori ne simţim, efectiv, obligaţi să recunoaştem că facem ceva pentru prima oară, însă chiar şi-atunci avem tendinţa să citărm ratele de succes ale altora – de obicei, cele înregistrate de chirurgii experimentaţi. Le spunem vreodată pacienţilor că, fiind încă la început de drum într-un domeniu, riscurile lor vor fi, inevitabil, mai mari şi că le va fi mai bine, probabil, dacă vor fi trataţi de doctori cu mai multă experienţă? Le spunem vreodată că oricum avem nevoie de acordul lor? N-am văzut pe nimeni procedând aşa. Dată fiind miza situaţiei în care se află un bolnav, ce om rezonabil ar accepta rolul de cobai?

Sunt mulţi cei care contestă o asemenea atitudine. „Ştii, majoritatea oamenilor înţeleg ce înseamnă să fii medic", insista să-mi spună un expert în politici sanitare, cu ocazia vizitei pe care i-am făcut-o, recent, la birou. „Trebuie să încetăm să ne mai minţim pacienţii. Pot oamenii să-şi asume

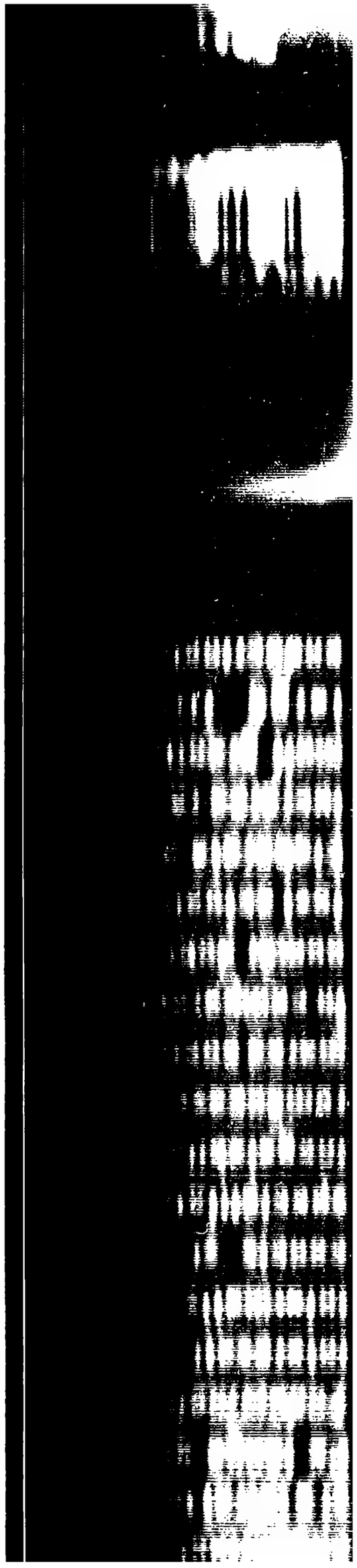
riscuri pentru binele societăţii?“ A făcut o pauză şi a răspuns singur la întrebare. „Da“, a rostit, sigur pe el.

Ar fi, cu certitudine, o soluţie elegantă şi fericită. Ne-am întreba întâi pacienţii – sincer, deschis – şi ei ar spune da. O situaţie greu de imaginat totuşi. Am observat pe biroul expertului o poză a copilului său, care se născuse cu câteva luni în urmă, şi mi-a încolţit în minte o întrebare tendenţioasă. „Şi l-aţi lăsat pe rezident să se ocupe de naştere?“ l-am întrebat.

A urmat un moment de tăcere. „Nu“, a recunoscut. „Nici măcar nu le permitem rezidenţilor accesul în sală.“

Unul dintre motivele care mă determină să mă îndoiesc că am putea susţine un sistem de pregătire medicală dependent de acordul pacientului de-a experimenta o nouă procedură pe el este că eu însumi am spus nu. Într-o duminică dimineaţă, când împlinise unsprezece zile, băiatul meu cel mare, Walker, a făcut brusc un episod de insuficienţă cardiacă congestivă, a cărui cauză s-a dovedit a fi o severă anomalie a inimii. Poziţia aortei era normală, dar un lung segment din ea nu se dezvoltase. Soţia mea şi cu mine eram îngroziţi – rinichii şi ficatul începuseră, de asemenea, să nu mai funcţioneze –, dar băiatul a suportat bine operaţia, intervenţia chirurgicală a fost un succes şi, chiar dacă perioada de recuperare a avut şi intermitenţe, a putut fi externat după două săptămâni şi jumătate.

Acasă însă n-am avut deloc clipe de răgaz. Avusese peste trei kilograme la naştere, dar acum, la vârsta de o lună, nu cântărea decât două kilograme şi jumătate şi trebuia să-l urmărim foarte strict ca să ne asigurăm că ia în greutate. Îi erau administrate două medicamente de utilizarea cărora organismul urma să fie dezobişnuit. Iar pe termen lung, ne-au avertizat medicii, intervenţia respectivă nu va mai fi corespunzătoare. Pe măsura dezvoltării organismului, aorta lui Walker urma să necesite fie o abordare instrumentală, prin dilatare cu



balon, fie un tratament chirurgical, de substituție integrală. Nu puteau preciza nici când anume se va impune așa ceva, nici de câte proceduri ar fi nevoie de-a lungul timpului. Decizia urma să fie luată de un cardiolog pediatru care urma să-i monitorizeze îndeaproape evoluția.

Înainte de externare încă nu ne hotărâserăm la ce cardiolog să apelăm. Pe perioada spitalizării, Walker a fost îngrijit de o echipă întreagă de cardiologi, în alcătuirea căreia intrau doctori cu diferite niveluri de pregătire, de la medici în formare la medici formatori, cu o experiență practică de câteva decenii. În preziua externării, unul dintre tinerii medici rezidenți s-a apropiat de mine și mi-a înmânat cartea de vizită, pe care notase data la care îmi sugera să-l aduc pe Walker la consult. Dintre toți colegii săi de echipă, el se ocupase cel mai mult de fiul meu. El era cel care îl examinase pe Walker când îl adusesem la spital, în acea inexplicabilă stare de insuficiență respiratorie, el stabilise diagnosticul, medicația care l-a stabilizat și coordonarea cu colegii de la chirurgie și tot el venise în fiecare zi să ne vadă, să ne ofere răspunsuri ori lămuriri. De altfel, știam că medicii rezidenți își tratează astfel pacienții. Cele mai multe familii nu cunosc subtilitățile de ierarhizare a jucătorilor și, după ce viața copilului lor este salvată de către o echipă de doctori, acceptă orice ofertă pentru următoarea consultație.

Eu însă știam care sunt diferențele. „Îmi pare rău, dar ne-am propus să mergem la dr. Newburger“, am spus. Era șefa secției de cardiologie, un nume de referință în rândul experților în sfera afecțiunilor de tipul celei de care suferea Walker. Tânărul doctor avea un aer abătut. I-am zis că nu aveam nimic împotriva lui. Doar că dr. Newburger avea mai multă experiență.

Mi-a spus: „Știți, mă asistă întotdeauna un medic cu experiență.“ Am dat din cap, aprobator.

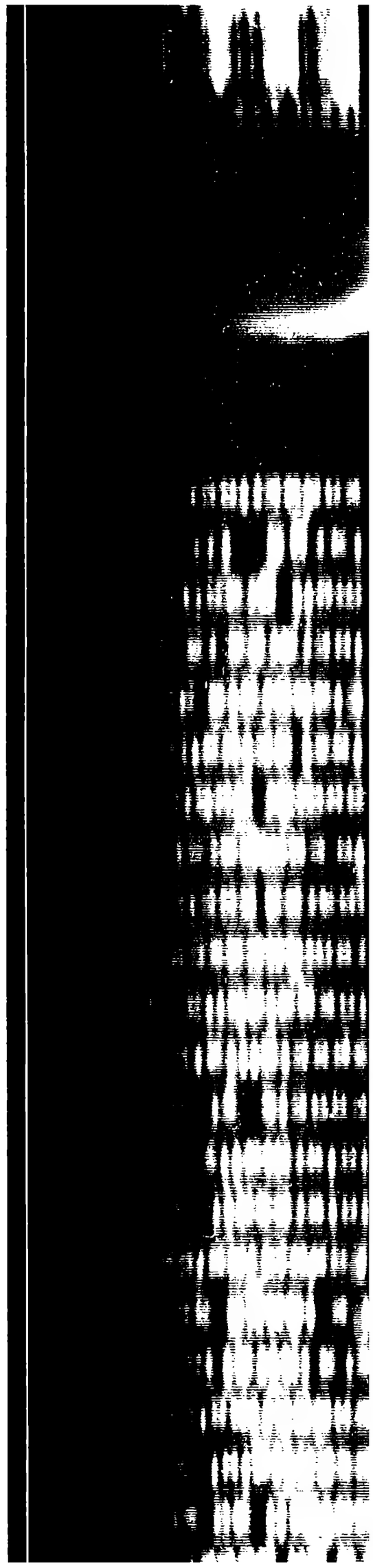
Știam că nu era corect. Fiul meu avea o problemă deosebită. Medicul rezident trebuia să capete experiență. Eu eram

rezident şi ar fi fost normal să înţeleg cel mai bine situaţia. Dar n-am revenit asupra deciziei. Era vorba de *copilul meu*. Dacă aş avea mai multe opţiuni, aş alege mereu să-i ofer fiului meu cea mai bună îngrijire posibilă. Cine-ar putea proceda altfel?

Într-un fel, medicii n-au cum să evite o asemenea atitudine. Ca să înveţi trebuie să „furi", în sensul de a-ţi aroga dreptul de a dispune de corpul unui individ fără a cere consimţământul. Aşa a şi fost, în timpul spitalizării lui Walker – şi, dacă mă gândesc mai bine, chiar în multe situaţii. De intubare s-a ocupat un rezident. Actul operator a fost efectuat de un chirurg practicant. Unul dintre cateterele venoase centrale a fost instalat de către medicul cardiolog. Nici unul dintre ei nu m-a întrebat dacă sunt de acord. Dacă mi s-ar fi oferit ocazia să-mi exprim o opţiune, cu siguranţă aş fi ales pe cineva cu mai multă experienţă. Dar n-am avut de-ales, pur şi simplu pentru că aşa funcţiona sistemul – nu existau alternative. Ce altceva aş fi putut să fac?

Lipsa oricărei implicări afective îi conferă acestei maşinării nu doar avantajul că rezolvă problema instruirii. Când însuşirea unor noi cunoştinţe este necesară, dar generează şi prejudicii, n-ar trebui avut în vedere decât un singur principiu: cel al echităţii. Când au posibilitatea să aleagă, oamenii se eschivează, nemaivorbind de faptul că nu toată lumea are acces egal la o aceeaşi gamă de opţiuni. Ele sunt doar privilegiul celor care au bagajul de cunoştinţe necesar sau care fac parte din sistem, şi nu al celor care nu sunt informaţi ori care nu lucrează în sfera medicală, al copilului de doctor, nu şi al şoferului de camion. Atâta cât dreptul de-a alege nu este universal, poate că ar fi mai bine să le fie strict interzis tuturor.

Este ora 14. Mă aflu în secţia de terapie intensivă. O asistentă medicală îmi spune că, la domnul G, cateterul venos



central s-a trombozat. Trecuse mai bine de-o lună de când domnul G era la noi în spital. Are aproape şaptezeci de ani, este din South Boston, e slăbit, epuizat şi viaţa lui atârnă de un fir – mai precis, de un cateter venos central. Are, la nivelul intestinului subţire, mai multe cavităţi care nu au putut fi închise chirurgical, iar conţinutul bilei se scurge pe suprafaţa pielii prin două orificii mici, roşietice, situate în peretele abdominal. Singura lui şansă este să fie hrănit pe cale intravenoasă şi să aştepte vindecarea fistulelor. Are nevoie de un nou cateter venos central.

Bănuiesc că aş fi capabil să i-l montez. Acum eu sunt medicul cu experienţă. Dar experienţa implică şi o responsabilitate suplimentară: este de aşteptat ca eu să fiu acela care-i învăţ pe alţii cum să efectueze procedura. Vorba zicalei: „Vezi o dată, faci o dată, înveţi o dată“…şi nu-i decât pe jumătate o glumă.

De serviciu era o tânără doctoriţă rezident. Nu montase până atunci decât unul sau două catetere venoase centrale. Îi spun despre domnul G. O întreb dacă are timp să se ocupe de inserarea unui nou cateter. Se preface că nu înţelege sensul întrebării mele. Zice că mai are de văzut câţiva pacienţi şi încă un caz de consultat ceva mai târziu. Aş putea să mă ocup eu? Îi răspund că nu. Nu-şi poate ascunde o grimasă. Era supraaglomerată, aşa cum eram şi eu, şi, poate, speriată, aşa cum am fost şi eu.

Începe să se concentreze când o determin să vorbească, în intervalul de timp dintre etapele procedurii – un fel de simulare de caz. Se descurcă aproape în toate etapele, dar uită două elemente cruciale: verificarea analizelor de laborator şi nesuferita de alergie a domnului G la heparină, care intra în compoziţia soluţiei de curăţare a cateterului. Mă asigur că a reţinut cele două aspecte, după care o rog să se pregătească şi să mă anunţe prin pager când e gata.

Sunt încă într-o perioadă de adaptare în noul meu rol. E destul de dureros să-ţi asumi responsabilitatea pentru propriile greşeli. Complet altceva este să fii într-o poziţie de subordonare faţă de cineva. Mă gândesc că poate ar fi fost bine dacă aş fi desfăcut ambalajul unui kit şi aş fi pus-o să facă o simulare. Sau poate că nu. Cred că fiecare kit trebuie să coste vreo două sute de dolari. O să mă interesez, ca să ştiu data viitoare.

După o jumătate de oră primesc apelul. Pacientul e protejat de câmpul steril. Doctorița rezident e echipată cu halat şi mănuşi. Îmi spune că are ser fiziologic pentru spălarea cateterului şi că testele de laborator sunt bune.

„Ai pus prosopul rulat?“ o întreb.

Uitase de el. Rulez un prosop şi-l strecor între omoplaţii domnului G. Îl privesc în ochi şi-l întreb dacă se simte bine. Dă din cap că da. Nu citesc teamă pe chipul lui. După tot ce a îndurat, nu poate fi decât resemnat.

Tânăra rezidentă alege punctul de inserţie. Pacientul este extrem de slab. Văd fiecare coastă şi mi-e teamă că-i va înţepa plămânul. Injectează anestezicul. Apoi introduce acul, iar unghiul pare să fie complet greşit. Îi spun să o ia de la început. Asta o face să fie şi mai nesigură. Împinge şi mai mult şi-mi dau seama că nu va reuşi. Trage pistonul seringii: nici o picătură de sânge. Scoate acul şi încearcă din nou. Iar unghiul de intrare nu pare a fi bun nici acum. De data asta, domnul G simte împunsătura şi tresaltă de durere. Îl ţin de braţ. Îi mai administrează anestezic. S-o supraveghez e tot ce pot să fac ca să nu fiu nevoit să preiau eu cazul. Dar îmi spun că nu poate învăţa dacă nu face totul cu mâna ei. Mă hotărăsc s-o las să mai încerce încă o dată.

Computerul şi fabrica de hernii

Într-o zi de vară a anului 1996, Hans Ohlin, şeful secţiei de terapie coronariană din cadrul Spitalului Universitar din Lund, Suedia, în vârstă de cincizeci de ani, se afla în cabinetul lui, unde avea pe birou o stivă de două mii două sute patruzeci de electrocardiograme. Fiecare rezultat al testului constă în înregistrarea grafică a unei serii de unde, dispuse de la stânga spre dreapta, pe lăţimea unei coli de hârtie milimetrică. Ohlin le citea singur, în biroul lui, ca să nu fie deranjat. Le trecea în revistă rapid, dar atent, pe fiecare în parte, separându-le în două categorii, în funcţie de aspectul care îi sugera că pacientul respectiv a avut sau nu un atac de cord surprins pe electrocardiogramă (EKG). Pentru a evita oboseala şi neatenţia, îşi doza această activitate, de-a lungul întregii săptămâni de lucru, în reprize de maximum două ore, cu pauze lungi între ele. Voia să evite erorile din neglijenţă; riscurile erau prea mari. Aceasta era versiunea lumii medicale a partidei de şah Deep Blue*, iar Ohlin era Gary Kasparov al cardiologiei. Se confrunta direct cu un computer.

Electrocardiograma este unul dintre cele mai obişnuite teste diagnostice; numai în SUA se efectuează, anual, peste cincizeci de milioane de EKG-uri. Electrozii sunt montaţi

---

* Deep Blue a fost primul calculator, produs de IBM, care a câştigat un joc de şah împotriva unui campion mondial consacrat (Garry Kasparov), în condiţii normale de timp (n. tr.).

la nivelul pielii pentru a prelua impulsurile electrice cu voltaj scăzut care, la fiecare bătaie a inimii, traversează muşchiul cardiac, iar impulsurile respective sunt evidenţiate sub forma undelor înregistrate pe o reprezentare grafică a EKG-ului. Principiul ce guvernează acest test este următorul: în cazul unui atac de cord, moare o porţiune din muşchiul cardiac, ceea ce determină o schimbare de direcţie a impulsurilor electrice ajunse în zona adiacentă ţesutului inert. Ca urmare, se modifică şi aspectul undelor de pe înregistrare. Uneori, modificările respective sunt evidente, dar, cel mai adesea, sunt abia perceptibile – sau, în limbaj medical, „nespecifice".

La început, studenţilor la medicină li se pare că EKG-urile sunt mult prea complexe ca să le poată interpreta. În mod obişnuit, pentru efectuarea unui EKG se folosesc doisprezece electrozi, fiecare dintre ei inducând apariţia unui aspect diferit pe înregistrarea grafică. Studenţii sunt învăţaţi să distingă însă, la nivelul acestor sinusoide, cel puţin o duzină de caracteristici, fiecare purtând un indicativ alfabetic: de pildă, începutul unei bătăi este marcat de o undă cu sens descendent (undă Q), nivelul maxim al contracţiei inimii, printr-o undă cu sens ascendent (undă R), unda descendentă consecutivă este desemnată prin litera S (undă S), iar unda rotunjită, vizibilă imediat după bătaia inimii, prin T (undă T). Uneori, micile modificări surprinse pe alocuri alimentează suspiciunea de infarct miocardic; alteori, nu. Pe vremea studenţiei, am învăţat să interpretez electrocardiograma ca pe o formulă de calcul complexă. Colegii mei şi cu mine aveam în permanenţă la noi, într-un buzunar al halatului de laborator, un carneţel cu file plastifiate care conţinea o serie de instrucţiuni „misterioase", cu privire la calcularea frecvenţei cardiace şi a axei electrice, la verificarea perturbărilor de ritm cardiac, a supradenivelărilor de segment ST de peste un milimetru în derivaţiile V1–V4 şi a apariţiei sporadice a undei R (semnificând un anume tip de infarct miocardic) etc.

Pe măsură ce acumulezi mai multă experienţă practică, toate aceste informaţii devin mai accesibile, aşa cum şi montarea unui cateter venos se dovedeşte a fi din ce în ce mai uşoară. Principiul ce guvernează curba învăţării se aplică nu doar la nivelul pregătirii tehnice, ci şi la cel al activităţii de diagnosticare. Un cardiolog experimentat poate sesiza, uneori, dintr-o singură privire, existenţa unui infarct miocardic, la fel cum un copil mic poate recunoaşte prezenţa mamei sale în cameră. Testul în sine îşi păstrează însă, cu obstinaţie, opacitatea. Studiile au arătat că, din cei 2–8% dintre pacienţii cu atacuri de cord consultaţi în departamentele de urgenţă, în cazul cărora se ia decizia greşită de a-i lăsa să părăsească spitalul, un sfert fie mor, fie suferă un stop cardiac. Chiar şi în situaţiile când astfel de bolnavi nu sunt trimişi acasă datorită unei erori de diagnostic, există riscul ca interpretarea greşită a electrocardiogramei să temporizeze instituirea tratamentului vital. E foarte posibil ca judecata umană, fie ea şi a unui expert în domeniu, să dea greş. Este destul de îndreptăţită, aşadar, raţiunea de-a învăţa un calculator să interpreteze un EKG. Dacă s-ar dovedi, în acest sens, că nivelul de performanţă al tehnicii computerizate îl depăşeşte, fie şi numai într-o mică măsură, pe cel al minţii omului, s-ar ajunge la salvarea câtorva mii de vieţi pe an.

Posibilitatea ca un computer să fie mai competitiv decât omul a fost sugerată, pentru întâia oară, în anul 1990, într-un articol cu un impact deosebit de puternic asupra publicului, semnat de William Baxt, pe vremea aceea medic la urgenţe în cadrul Universităţii California din San Diego. Autorul arăta cum o „reţea neurală artificială“ – un fel de arhitectură computerizată de procesare a informaţiei – ar avea capacitatea de-a lua decizii clinice sofisticate. Asemenea sisteme specializate învaţă din experienţă într-o manieră foarte asemănătoare oamenilor: prin înregistrarea efectelor exercitate

de fiecare succes sau eşec, în scopul îmbunătăţirii procesului de predicţie. Într-un studiu mai recent, Baxt afirma că un computer ar putea cu uşurinţă să depăşească performanţele unui grup de medici în ceea ce priveşte diagnosticarea infarctelor miocardice la pacienţii cu durere toracică. Două treimi dintre doctorii urmăriţi în cadrul respectivului studiu erau însă rezidenţi fără experienţă, în cazul cărora nu sunt deloc surprinzătoare dificultăţile legate de interpretarea unui EKG. E posibil ca un computer să fie mai competent decât un specialist cu mulţi ani de practică?

La această întrebare a încercat să răspundă studiul efectuat de un colectiv de cercetători suedezi, condus de Lars Edenbrandt, coleg de breaslă cu Ohlin şi expert în domeniul inteligenţei artificiale. Edenbrandt şi-a perfecţionat sistemul în decurs de patru ani, mai întâi în Scoţia, iar ulterior în Suedia. Şi-a alimentat calculatorul cu datele provenite de la zece mii de pacienţi, „spunându-i“ care dintre ele evidenţiau un infarct miocardic şi care nu, până când maşina a acumulat suficientă experienţă ca să interpreteze până şi cele mai echivoce EKG-uri. S-a dus apoi la Ohlin, unul dintre cei mai renumiţi cardiologi din Suedia, care obişnuia să analizeze, anual, tot aproape zece mii de electrocardiograme. În vederea testării performanţelor computerului, comparativ cu cele ale minţii umane, Edenbrandt a selectat, din fişele de spital, două mii două sute patruzeci de EKG-uri, dintre care pentru exact jumătate, adică o mie o sută douăzeci, exista confirmarea evidenţierii unui atac de cord. Cu puţină vâlvă, rezultatele experimentului au fost publicate la sfârşitul anului 1997. Ohlin identificase corect şase sute douăzeci de EKG-uri, iar computerul, şapte sute treizeci şi opt. Maşina a învins omul, cu o diferenţă de scor de 20%.

Medicina occidentală este dominată de un unic imperativ – să furnizeze servicii de îngrijire a sănătăţii la un nivel de

performanță similar celui atins de computer. Încă din prima zi de pregătire medicală este limpede că erorile sunt inacceptabile. Este foarte important să acorzi timpul cuvenit consolidării relației medic-pacient, dar la fel de necesară este urmărirea atentă a fiecărei radiografii și prescrierea corectă a fiecărei doze de medicament. Nu e posibilă nici omiterea alergiilor sau a problemelor medicale anterioare, nici ratarea vreunui diagnostic. În sala de operație, nimic nu poate fi irosit – nici o mișcare, nici o fărâmă de timp, nici o picătură de sânge.

Factorii determinanți ai acestui fel de perfecțiune sunt rutina și repetiția: ratele de supraviețuire după chirurgia cardiacă și cea vasculară, ori după alte tipuri de operații, sunt corelate direct cu numărul de proceduri efectuate, în prealabil, de către medicii respectivi. Cu douăzeci și cinci de ani în urmă, specialiștii în chirurgie generală se ocupau de histerectomii, de îndepărtarea cancerului pulmonar și de bypassuri arteriale la nivelul membrelor inferioare cu o circulație defectuoasă. În prezent, există câte o specialitate medicală pentru fiecare tip de afecțiune, iar doctorii pregătiți strict în respectivul domeniu efectuează, permanent, doar setul de proceduri destinate tratamentului bolilor respective. Când mă aflam în sala de operație, cea mai măgulitoare remarcă pe care o auzeam din partea colegilor mei era: „Ești o adevărată mașinărie, Gawande!“ Iar noțiunea de „mașinărie“ nu este utilizată chiar întâmplător, căci ființele umane pot, realmente, în anumite împrejurări, să funcționeze ca niște mașinării.

Să folosim ca exemplu o procedură chirurgicală relativ simplă, corectarea unei hernii, pe care am învățat s-o efectuez încă din primul an de rezidențiat în specialitatea chirurgie. Hernia apare ca urmare a slăbirii peretelui abdominal, de obicei în zona inghinală, determinând apariția unei umflături la acest nivel. În majoritatea spitalelor, intervenția – care constă în împingerea protruziunii înapoi, urmată de refacerea

peretelui abdominal – durează circa nouăzeci de minute şi poate ajunge să implice cheltuieli de până la patru mii de dolari. În 10-15% dintre cazuri, operaţia nu-şi atinge scopul, iar hernia se reface. În zona limitrofă a oraşului Toronto există însă un mic centru medical, cunoscut sub numele de Shouldice Hospital, în care asemenea statistici nu sunt valabile. La Shouldice, timpul operator nu depăşeşte treizeci–patruzeci şi cinci de minute, rata de recurenţă a herniilor atinge doar uluitorul procent de 1%, iar costul unei astfel de intervenţii este aproape jumătate din cel calculat în orice altă unitate medicală. Probabil că niciunde în lume nu există o alternativă comparabilă în ceea ce priveşte corectarea unei hernii.

Care este secretul succesului acelei clinici? Răspunsul cel mai scurt este că, la Shouldice, toţi cei doisprezece chirurgi nu se ocupă de nimic altceva decât de operarea herniilor. Fiecare dintre ei are în palmares între şase sute şi opt sute de cazuri pe an – mai mult decât cuantumul realizat de specialiştii în chirurgie generală într-o viaţă întreagă. Excepţionalul nivel de instruire şi de experienţă al cadrelor medicale de la Shouldice în acest domeniu nu are egal. Însă succesul lor poate fi explicat şi prin faptul că procesul repetitiv le modifică modul de-a gândi. În acest sens, Lucian Leape, un chirurg pediatru care a realizat un studiu cu privire la erorile medicale, apreciază că „o trăsătură definitorie a experţilor este aceea că imprimă procesului de rezolvare a problemelor un tot mai accentuat caracter automat“. Prin repetare, o mulţime de funcţii mentale devin automate şi nu mai implică nici un fel de efort, exact ca în cazul şofatului zilnic către locul de muncă. Situaţiile noi însă impun, de obicei, gândire conştientă şi soluţii „de moment“, care sunt mai dificil de aplicat şi mai susceptibile la greşeli. Chirurgii care dispun de soluţii automatizate pentru rezolvarea majorităţii situaţiilor au un avantaj considerabil. Dacă studiul suedez referitor la EKG

pretinde că, uneori, trebuie utilizate maşinile în locul medicilor, exemplul chirurgilor de la Shouldice sugerează că este de dorit ca doctorii să beneficieze de o pregătire care să le permită să acţioneze ca o maşinărie.

Într-o dimineaţă rece de luni, mi-am pus o uniformă verde de spital, o mască şi o bonetă, ca să pot vedea şi eu cazurile abordate în cele cinci săli de operaţie ale spitalului Shouldice. E suficient să descriu unul singur, întrucât toate decurgeau absolut identic: i-am urmărit pe cei şase chirurgi care operau fiecare câte un pacient şi nici unul dintre ei nu s-a abătut deloc de la protocolul standard pe care-l aplicau.

Într-o sală de operaţie placată integral cu faianţă, ceea ce-i conferea aspectul unei cutii, mi-am aruncat privirea peste umărul lui Richard Sang, un chirurg în vârstă de cincizeci şi unu de ani, cu un umor sec şi o înfăţişare tinerească. Cu toate că am stat de vorbă în timpul întregii intervenţii, dr. Sang trecea de la o etapă la alta fără nici o pauză, cu un aer aproape absent, fiindcă asistenta ştia precis ce ţesuturi să tragă înapoi, iar sora îi înmâna prompt instrumentarul necesar şi nimeni nu avea nevoie de nici o indicaţie. Pacientul, un bărbat de vreo treizeci şi cinci de ani, cu o alură plăcută şi o atitudine surprinzător de calmă, care, din când în când, mai întreba cum merg lucrurile, era întins pe masă, complet acoperit, având expusă doar partea inferioară a abdomenului, colorată în galben datorită dezinfectantului local pe bază de iod. În partea stângă a osului pubian se vedea o umflătură de mărimea unei prune. Dr. Sang i-a injectat un anestezic local la nivelul unui punct situat pe diagonala dintre coapsa stângă şi pubis, de-a lungul crestei inghinale. Cu o lamă de bisturiu nr. 10 a făcut, pe traseul liniei respective, dintr-o singură mişcare în sens descendent, o incizie de aproximativ 10 cm, care a scos la iveală stratul de grăsime galben-lucios de sub piele. Pentru a evita interferenţa uşoarei sângerări produse, asistenta

a plasat câte o bucată de material absorbant de-o parte şi de alta a plăgii şi a tras simultan în lateral, ca să o deschidă.

Sang a efectuat o incizie rapidă şi sigură la nivelul stratului muscular extern al peretelui abdominal, evidenţiind cordonul spermatic, un pedicul cu o lungime de circa 1,3 cm alcătuit din vase de sânge şi spermatice. Puteam vedea acum că hernia fusese generată de slăbirea peretelui muscular situat sub cordon – o modalitate obişnuită de apariţie a unei hernii. Preţ de câteva clipe, Slang şi-a încetinit ritmul, ca să verifice cu mare atenţie posibilitatea existenţei vreunei alte hernii de-a lungul întregii zone de ieşire a cordonului din peretele abdominal interior. Destul de sigur pe el, a depistat şi o a doua hernie, de dimensiuni mici – care, dacă n-ar fi fost observată, ar fi provocat o recurenţă. Apoi a desfăcut şi celelalte straturi musculare de sub cordon, ca să deschidă complet peretele abdominal, şi a împins înapoi protruziunea respectivă. Pentru a repara o pernă ruptă, prin care iese umplutura, fie se aplică un petic, fie se cos cele două laturi ale tăieturii. De obicei, la spitalul meu se împinge înapoi hernia, apoi se aplică deasupra o meşă fermă dintr-un material de consistenţa plasticului, care se suturează de masa de ţesut învecinat. Se asigură astfel o fixare bună, iar tehnica respectivă este uşor de utilizat. Sang însă, aidoma celorlalţi chirurgi de la Shouldice cu care am stat de vorbă, sfida o asemenea abordare: ei considerau că meşa implica riscul producerii ulterioare a unei infecţii (din moment ce era un corp străin), era costisitoare (preţul ei poate urca şi până la câteva sute de dolari) şi inutilă (întrucât ei obţin rezultate de invidiat fără a utiliza un astfel de accesoriu).

În timp ce discutam despre asemenea alternative, Sang refăcea peretele, suturând, cu ajutorul unui fir subţire, trei straturi musculare detaşate unele de altele şi asigurându-se permanent că se îmbinau perfect parte peste parte, ca un costum la două rânduri de nasturi. După ce Sang a închis pielea pacientului cu câteva copci mici şi i-a dat jos câmpul steril,

acesta şi-a balansat picioarele peste marginea mesei, s-a ridicat şi-a plecat. Procedura durase fix o jumătate de oră.

Numeroşi chirurgi din diverse centre medicale aplică metoda de corectare a herniei utilizată la spitalul Shouldice, dar obţin aceleaşi rate de recurenţă ca şi în cazul folosirii procedurii obişnuite. Nu tehnica este secretul succesului experţilor de la Shouldice. Sistemul lor de practicare a intervenţiei respective poate fi asemănat cu cel utilizat de fabricanţii de cipuri de la Intel*: le place să se considere o „fabrică ultraspecializată". Până şi clădirea spitalului are un design adaptat particularităţilor pacienţilor suferinzi de hernie. În camere nu există telefon sau televizor, iar masa e servită într-un salon amplasat la parter; drept urmare, pacienţii n-au altă soluţie decât să se ridice din pat şi să se deplaseze, evitând astfel apariţia complicaţiilor corelate cu lipsa mobilizării, cum sunt, de pildă, pneumonia sau tromboza.

După ce şi-a lăsat pacientul în grija unei sore medicale, Sang l-a văzut pe următorul şi l-a condus în aceeaşi sală de operaţie. Aceasta era din nou curată, deşi abia dacă trecuseră trei minute de la terminarea intervenţiei precedente. Fuseseră schimbate cearceafurile şi instrumentarul. Totul era pregătit pentru abordarea unui nou caz. L-am întrebat pe Byrnes Shouldice, unul dintre fiii fondatorului clinicii, el însuşi chirurg specializat în domeniul corectării herniilor, dacă n-a avut vreodată sentimentul că-l plictiseşte practicarea aceleiaşi activităţi de-a lungul unei zile întregi. „Nu", mi-a răspuns, cu o voce a cărei sonoritate amintea de cea a lui Spock**. „Perfecţiunea este cea care-mi stimulează activitatea."

---

* Intel este cea mai mare companie producătoare de cipuri din lume (n. tr.).

** Personajul principal, de origine semiextraterestră, din cunoscutul serial SF american *Star Treck*, care îndeplinea funcţia de comandant al departamentului de ştiinţă al navei cosmice *Enterprise* (n. tr.).

În mod paradoxal, un asemenea tip de supraspecializare dă naştere unei întrebări fireşti: în ce măsură îngrijirea medicală de cea mai bună calitate necesită doctori de înaltă calificare. Nici unul dintre medicii pe care i-am văzut operând la spitalul Shouldice n-ar fi putut avea, în vreun spital american obişnuit, o funcţie care să-i permită să-şi coordoneze propriul program de lucru, deoarece nici unul nu-şi finalizase stagiul de pregătire în chirurgie. Sang fusese medic de familie; Byrnes Shouldice abia terminase Facultatea de Medicină; iar şeful echipei de chirurgi fusese obstetrician. Cu toate acestea, după o pregătire de circa un an, deveniseră cei mai buni specialişti din lume în domeniul corectării herniilor. Oare cei care se ocupă exclusiv de rezolvarea herniilor sau de efectuarea colonoscopiilor mai au nevoie, pentru a atinge nivelul de performanţă dorit, să treacă prin toate etapele instruirii în specialitatea aleasă (patru ani de facultate, urmaţi de minimum cinci ani de rezidenţiat)? Şi-n fond, cât de important mai e să fii om, desigur, în funcţie de sfera de practică a fiecărui medic? – de fapt, exact asta este întrebarea formulată de studiul suedez cu privire la interpretarea EKG-urilor.

Chiar dacă normele profesionale medicale au început să recunoască faptul că specializarea în practicarea unui singur tip de intervenţie, ca în cazul colectivului de chirurgi de la Shouldice, poate îmbunătăţi calitatea tratamentului medical, mulţi doctori nu sunt pe deplin convinşi că aşa stau lucrurile. Reticenţa lor s-a manifestat mai ales în ceea ce priveşte disponibilitatea aplicării unui asemenea principiu în etapa de stabilire a diagnosticului. Majoritatea medicilor consideră că problematica diagnosticării unei afecţiuni nu poate fi redusă la dimensiunile unui set de generalizări – ale unei „cărţi de bucate“, cum afirmă unii dintre ei. Ea trebuie să ţină cont, în schimb, de particularităţile fiecărui pacient în parte.

În fond, este doar o chestiune de judecată medicală, nu-i aşa? Când sunt de gardă în departamentul de urgenţe, sunt solicitat deseori să evaluez starea unui pacient cu dureri abdominale şi să decid dacă este sau nu vorba de apendicită. Ascult cu mare atenţie tot ce-mi spune şi iau în considerare diverşi factori: cum percep starea abdomenului la palpare, natura şi localizarea durerii, temperatura, pofta de mâncare, valorile testelor de laborator. Însă nu arunc toate informaţiile într-o formulă şi mă apuc să calculez rezultatul. Apelez la propria-mi judecată clinică – la intuiţie – ca să decid dacă este necesar să se intervină chirurgical, să fie internat în spital pentru urmărire chimică sau să i se dea drumul acasă. Am auzit cu toţii de cazuri ce sfidează statisticile – criminalii înrăiţi care devin oameni cumsecade sau pacienţii suferinzi de cancer în stadiu terminal care îşi revin miraculos. În psihologie a fost definită o aşa-numită problemă a piciorului-rupt. E posibil ca o formulă statistică să estimeze cu destul de mare precizie probabilitatea ca o persoană să meargă săptămâna următoare la cinema. Dar cineva care ştie că acea persoană este imobilizată la pat, cu un picior în ghips în urma unei fracturi, va dovedi cât de vulnerabilă este o atare modalitate de predicţie. Nici o formulă matematică nu poate lua în calcul infinitatea posibilităţilor de producere a unor asemenea evenimente neobişnuite. De aceea şi sunt medicii atât de convinşi că, atunci când trebuie să pună un diagnostic, e preferabil să ţină cont de propria intuiţie, pe care şi-au format-o de-a lungul anilor de practică.

Într-un weekend, când eram de gardă, am consultat o femeie în vârstă de treizeci şi nouă de ani, care, deşi avea dureri în partea inferioară dreaptă a abdomenului, nu reprezenta tabloul clinic tipic al unui caz de apendicită. Spunea că se simţea relativ bine şi că nu avea nici febră, nici senzaţie de greaţă. Îi era foame şi n-a sărit în sus de durere când i-am palpat

abdomenul. Rezultatele testelor de laborator erau destul de derutante. Cu toate acestea, în scrisoarea medicală către şeful secţiei de chirurgie am recomandat apendicectomie. Numărătoarea leucocitelor releva valori peste limitele normale, ceea ce sugera prezenţa unei infecţii şi, în plus, chiar mi se părea că arată ca o persoană bolnavă. Oamenii care suferă de diverse afecţiuni pot avea acea înfăţişare inconfundabilă pe care orice rezident ajunge s-o recunoască după o vreme, pe măsură ce acumulează experienţă. Poate că nu ştii exact despre ce e vorba, dar ai certitudinea că e ceva serios. Chirurgul a fost de acord cu diagnosticul stabilit de mine, a efectuat operaţia şi a constatat că era, într-adevăr, apendicită.

Nu după mult timp, am examinat un bărbat în vârstă de şaizeci şi cinci de ani care avea simptome extrem de asemănătoare cu cele ale pacientei anterioare. Aceleaşi rezultate ale analizelor; am solicitat şi efectuarea unei ecografii abdominale, care însă nu a fost concludentă. Nici în cazul de faţă nu existau semne tipice pentru un diagnostic de apendicită, deşi înfăţişarea omului trăda exact contrariul, după părerea mea. La chirurgie s-a dovedit însă că apendicele nu era afectat. Avea diverticulită, o infecţie la nivelul colonului, care, de regulă, nu necesită operaţie.

Este al doilea caz mai tipic decât cel dintâi? Cât de des mă induce în eroare intuiţia? Implicaţia cea mai importantă a studiului suedez amintit anterior este că abordarea individualizată, bazată pe intuiţie, ce guvernează spiritul medicinii moderne, şi-a pierdut caracterul infailibil – cuantumul erorilor pe care le determină îl depăşeşte pe cel al cazurilor pe care reuşeşte să le prevină. Concluzia este susţinută şi de foarte multe cercetări care nu ţin de sfera medicală. De-a lungul ultimelor patru decenii, psihologia cognitivă a arătat în repetate rânduri că, de regulă, o abordare algoritmică „în orb“ înşală capacitatea raţională a oamenilor de-a face previziuni

şi a stabili diagnostice. În clasicul său tratat din anul 1954, *Clinical Versus Statistical Prediction* (*Predicţia clinică faţă în faţă cu cea statistică*), psihologul Paul Meehl prezenta un studiu efectuat asupra unui eşantion de deţinuţi eliberaţi condiţionat, din Illinois, în care estimările psihiatrilor de penitenciar că un astfel de condamnat urma să încalce condiţiile impuse de lege erau comparate cu cele ale unei formule rudimentare de calcul statistic, ce avea în vedere vârsta, numărul de condamnări anterioare şi tipul delictului comis. Cu toate că nu avea precizia unei analize statistice riguroase, formula respectivă a prezis probabilitatea producerii cazurilor de încălcare a condiţiilor de eliberare condiţionată într-o măsură mult mai mare decât au reuşit psihiatrii. În articole mai recente, Meehl, împreună cu doi specialişti în domeniul ştiinţelor sociale, David Faust şi Robyn Dawes, au trecut în revistă peste o sută de lucrări de cercetare care analizau comparativ capacitatea computerelor ori a calculului statistic şi, respectiv, a judecăţii umane de a prefigura producerea unui eveniment oarecare, de la probabilitatea ca o companie să dea faliment la speranţa de viaţă a pacienţilor suferinzi de cancer hepatic. În aproape toate cazurile, raţionamentul statistic a egalat sau chiar depăşit performanţele celui uman. Poate vă gândiţi că decizia optimă, ce va asigura succesul unui proiect de activitate, îl va reprezenta colaborarea între o fiinţă umană şi un computer. Aşa cum relevă oamenii de ştiinţă însă, o asemenea perspectivă nu-şi prea are rostul. Dacă opiniile celor doi colaboratori coincid, foarte bine. Dar dacă nu, studiile arată că e mai bine să mergeţi „pe mâna“ computerului.

De ce depinde superioritatea unui algoritm computerizat bine pus la punct? În primul rând, remarcă Daws, fiinţele umane sunt inconsecvente: suntem uşor influenţaţi de sugestii, de propria percepţie asupra lucrurilor, de experienţele recente, de lipsa atenţiei şi de modul cum sunt prezentate informaţiile.

În al doilea rând, când aprecierea unei situaţii depinde de mai mulţi factori, oamenii nu sunt capabili să-i evalueze pe toţi la fel de corect. Avem tendinţa să atribuim un rol exagerat unor variabile şi să le ignorăm în mod nejustificat pe altele. Un program bun de calculator acordă fiecărui factor, automat, cu consecvenţă, ponderea corespunzătoare. În fond, întreabă Meehl, când mergem la magazin, îl lăsăm cumva pe vânzător să ne cântărească din ochi cumpărăturile şi să spună „Păi, cred că aveţi de plătit cam şaptezeci de dolari"? Poate că, după o perioadă de antrenament intens, ar fi capabil să facă o estimare foarte corectă. Trebuie să recunoaştem însă că un calculator, a cărui activitate se rezumă la simpla însumare a preţurilor, ne oferă un rezultat mult mai exact. Aşa cum reiese din studiul suedez, lui Ohlin i s-a întâmplat doar rareori să facă o greşeală evidentă. Numeroase EKG-uri sunt însă echivoce, întrucât unele caracteristici par să releve o funcţie cardiacă normală, în timp ce altele induc prezumţia unui infarct miocardic. Doctorii întâmpină dificultăţi în ceea ce priveşte interpretarea corectă a sugestiilor oferite de un număr mare de informaţii şi sunt cu uşurinţă influenţaţi de alţi factori, precum, de pildă, aspectul ultimei electrocardiograme pe care au analizat-o.

Probabil că, în mod inevitabil, medicii vor fi nevoiţi să cedeze supremaţia computerelor, cel puţin în cazul anumitor decizii legate de stabilirea diagnosticului. În acest sens, reţeaua PAPNET a şi câştigat preferinţele utilizatorilor care se ocupă de screeningul frotiurilor PAP digitale – probe microscopice prelevate din colul uterin al femeilor – în scopul identificării tumorilor sau a formaţiunilor precanceroase, o asemenea activitate fiind efectuată, de obicei, de un patolog. Cercetătorii au finalizat peste o mie de studii referitoare la folosirea reţelelor neurale în aproape toate sferele de specializare din medicină. Unele au fost programate să diagnosticheze cazurile de

apendicită, demenţă, urgenţe psihiatrice şi boli cu transmitere sexuală. Altele pot prefigura eficienţa unui tratament oncologic, a unui transplant de organ sau a unei intervenţii chirurgicale pe cord. Au fost puse la punct, de asemenea, sisteme de interpretare a radiografiilor, mamografiilor şi a tehnicilor de imagistică pentru vizualizarea inimii.

În privinţa tratamentelor diverselor boli, o parte a lumii medicale a şi început să aplice, pe scară din ce în ce mai largă, lecţia oferită de spitalul Shouldice, referitoare la avantajele îngrijirii supraspecializate. Regina Herzlinger, profesor la Harvard Business School, care, în cartea sa, intitulată *Driven Health Care*, a introdus conceptul de „fabrică specializată de îngrijire a sănătăţii", prezintă şi alte exemple, cum sunt cele ale centrului de chirurgie cardiacă Texas Heart Institute şi ale celui de transplant de măduvă din cadrul Universităţii Duke. Se pare că pacienţii suferinzi de cancer mamar au o evoluţie mai bună în centrele specializate de tratament oncologic, unde chirurgul oncolog, specialistul oncolog, radiologul, chirurgul plastician, asistentul social, nutriţionistul şi alte categorii de personal specializat au de-a face, zi şi noapte, numai cu astfel de cazuri de cancer de sân. Şi aproape toate spitalele au în prezent protocoale şi algoritmuri terapeutice pentru cel puţin câteva dintre cele mai obişnuite afecţiuni, cum sunt astmul şi accidentul vascular cerebral subit. Noile reţele neurale artificiale, pur şi simplu, extind asemenea lecţii la nivelul, atât de complex, al procesului de diagnosticare.

Cu toate acestea, vor exista în continuare manifestări de reticenţă faţă de o atare perspectivă a medicinii automatizate. Unele dintre ele vor avea motivaţii pur psihologice: doctorii sunt uneori refractari la schimbarea stării de lucruri actuale. Altele însă sunt generate de temerile, pe deplin justificate, că în arealul unei medicini a maşinilor pentru fiecare treaptă de virtuozitate câştigată se va pierde ceva vital. Îngrijirea

modernă a şi început să-şi piardă latura umană, iar etosul ei tehnocratic a generat un sentiment de alienare în rândul celor pe care îi consideră beneficiarii serviciilor sale. Pacienţii au senzaţia că sunt doar nişte numere, ceea ce, prea adesea, chiar reflectă realitatea.

Compasiunea şi tehnologia nu sunt însă neapărat două entităţi incompatibile; ele pot să-şi consolideze reciproc efectele. Ceea ce înseamnă că maşina, oricât de ciudat ar părea, devine uneori cel mai bun prieten al medicinei. Nimic nu se compară cu situaţiile în care între doctor şi pacient survine o greşeală. Şi, în vreme ce erorile ne vor urmări tot timpul – nici maşinile nu sunt perfecte –, încrederea nu poate fi întărită decât prin reducerea greşelilor. În plus, întrucât „sistemele“ preiau tot mai mult din latura tehnică a activităţii medicale, fiecare doctor ar putea găsi disponibilitatea de-a redescoperi valorile îngrijirii care îşi aveau rolul lor, bine întemeiat, înainte de era tehnologiilor avansate – de pildă, discuţia cu pacientul. Asistenţa medicală se raportează la viaţa şi la moartea noastră; am avut mereu nevoie de doctori ca să ne ajute să înţelegem ce se întâmplă şi de ce, ce anume este posibil şi ce nu. În condiţiile în care actuala reţea de experţi şi sisteme specializate cunoaşte o tot mai puternică expansiune, orice medic are o şi mai mare responsabilitate de a juca dublul rol de consultant avizat şi de confident. Poate că maşinile au, într-adevăr, capacitate de decizie, dar tot de medici avem nevoie ca să ne vindece.

Când doctorii greşesc

Pentru o mare parte a oamenilor – şi, în mod cert, pentru reprezentanţii sistemului juridic şi pentru cei ai mass-media –, problematica erorilor medicale este asociată cu ideea de doctor incompetent. De obicei, modul în care survin erorile în medicină nu se vede, ceea ce explică de ce, adesea, nici nu este înţeles. Apariţia greşelilor este o realitate. Noi avem tendinţa să le considerăm simple abateri de la normalitate. Dar nu este deloc aşa.

Într-o noapte de vineri, geroasă, de acum câteva ierni, târziu, pe la ora două, eram în toiul unei intervenţii, la spital – tocmai deschideam cavitatea abdominală a unui adolescent înjunghiat –, când mi-a sunat pagerul. „Traumă, trei minute“, m-a anunţat sora medicală, citindu-mi cu voce tare mesajul afişat pe ecranul pagerului. Asta însemna că o ambulanţă urma să aducă foarte curând o nouă victimă, iar eu, fiind rezidentul de serviciu la urgenţă, trebuia să fiu pregătit să preiau imediat pacientul. M-am îndepărtat de masa de operaţie şi mi-am scos halatul. Doi alţi chirurgi îl operau pe tânărul înjunghiat: Michael Ball, medicul curant (chirurgul care poartă responsabilitatea cazului), şi David Hernandez, şeful colectivului de rezidenţi (medic specializat în chirurgie generală, aflat în ultimul an de pregătire). În mod obişnuit, ei ar fi fost cei care trebuiau să vadă şi să asiste noul caz, dar atunci erau amândoi angajaţi în operaţie. Ball, un medic glacial, cerebral, în vârstă de patruzeci şi doi de ani,

mi-a aruncat o privire în timp ce mă îndreptam spre uşă. Mi-a spus: „Dacă ai probleme, anunţă-ne, şi unul dintre noi o să fie imediat lângă tine.“

Şi am avut probleme. Pentru a relata cele de faţă, a trebuit să modific unele detalii referitoare la ceea ce s-a întâmplat în continuare (inclusiv numele celor implicaţi). Am încercat, cu toate acestea, să păstrez cât mai fidel veridicitatea faptelor prezentate, protejând, în acelaşi timp, confidenţialitatea pacientului, a mea şi a celorlalţi colegi de breaslă.

Salonul de urgenţe era situat cu un etaj mai sus, aşa că, urcând treptele două câte două, am ajuns exact când tehnicienii medicali de urgenţă au adus pe targa mobilă o femeie de vreo treizeci de ani, care părea să cântărească peste 100 de kilograme. Stătea nemişcată, pe un brancard din plastic portocaliu pentru imobilizarea coloanei vertebrale – avea ochii închişi, faţa palidă, iar din nas îi curgea sânge. O infirmieră a dirijat echipajul de intervenţie în Trauma Bay 1, o sală de consultaţii dotată cu echipamentul specific uneia de operaţie – plăci de faianţă verde pe pereţi, dispozitive de monitorizare, spaţiu destinat echipamentului cu raxe X. Am ridicat-o ca s-o aşezăm pe pat şi ne-am pus pe treabă. O soră medicală a început să taie hainele femeii. Alta îi verifica semnele vitale. O a treia i-a inserat în braţul drept un cateter intravenos gros. Un chirurg intern i-a montat un cateter Foley în vezica urinară. Medicul curant de medicină de urgenţă era Samuel Johns, un bărbat de vreo cincizeci de ani, uscăţiv, a cărui înfăţişare te ducea cu gândul la Ichabod Crane*. Stătea

---

* Personajul principal al unei povestiri de Washington Irving, *The Legend of Sleepy Hollow*, ce a inspirat şi filmul american cu acelaşi nume – *Legenda călăreţului fără cap* –, al cărui protagonist, interpretat de actorul Johnny Depp, era un excentric inovator al ştiinţei medicale, decis să pună capăt crimelor atribuite unei apariţii fantomatice, numită Călăreţul fără Cap (n. tr.).

lângă masa de operaţie, cu braţele încrucişate, observând starea victimei, ceea ce-mi sugera că puteam să înaintez şi să preiau cazul.

Într-un spital universitar, rezidenţii se ocupă de cea mai mare parte a asistenţei medicale „clipă de clipă". Îndatoririle pe care le avem depind de nivelul nostru de pregătire, însă nu suntem niciodată lăsaţi să practicăm pe cont propriu: există întotdeauna un medic curant care ne supervizează deciziile. În acea noapte, Johns era cel care avea un asemenea rol; şi, întrucât era responsabil şi de managementul prompt al pacientului, de la el am preluat cazul. În plus, nefiind chirurg, se baza pe mine în ceea ce privea expertiza de specialitate.

„Ce-mi puteţi spune despre caz?" am întrebat.

Un tehnician medical de urgenţă mi-a dat toate detaliile necesare cu viteza unui automat: „Femeie de rasă albă, condus fără centură, viteză mare, maşină răsturnată. Proiectată afară din automobil. Găsită fără reacţie la stimuli dureroşi. Puls o sută, tensiune arterială 100/60 mm Hg, respiră singură la o minimă de 30..."

În timp ce el vorbea, începusem s-o examinez. Prima etapă a îngrijirii unui pacient traumatizat este întotdeauna aceeaşi. Nu contează dacă persoana respectivă a fost împuşcată cu unsprezece gloanţe sau lovită de un camion ori a suferit arsuri prvocate de un accident casnic. În primul rând, te asiguri că victima poate respira fără dificultate. Respiraţia femeii din faţa mea era superficială şi rapidă. Un oximetru măsura, cu ajutorul unui senzor montat pe un deget, saturaţia în oxigen a sângelui. În mod normal, valoarea acestui parametru, simbolizat prin „O_2 sat", este, în cazul unui pacient care respiră aerul din cameră, de peste 95%. Deşi femeii i se aplicase o mască de oxigen cu presiune respiratorie maximă, O_2 sat abia ajungea la 90.

„Nu are aport de oxigen suficient“, am anunţat, pe acel ton plat, cu semnificaţia „trezeşte-mă–dacă–apare–ceva–interesant“, pe care-l dobândesc toţi chirurgii după circa trei luni de rezidenţiat. Am verificat, prin palpare, existenţa, la nivelul cavităţii bucale, a vreunui obiect ce-ar fi putut să-i obstrucţioneze căile respiratorii; stetoscopul mi-a confirmat faptul că nu fusese afectat nici unul dintre plămâni. Am luat o mască facială, i-am aplicat etanş partea transparentă la nivelul nasului şi al gurii şi am început să comprim dispozitivul de presiune – un fel de balon cu valvă unidirecţională –, pompându-i în plămâni, cu fiecare manevră, câte un litru de aer. După circa un minut, saturaţia în oxigen ajunsese la un confortabil nivel de 98 la sută. Era evident că trebuia să intervenim ca s-o ajutăm să respire. „S-o intubăm“, am spus. Asta însemna introducerea unui tub, printre corzile vocale, în trahee, ca să-i degajeze căile respiratorii şi să permită realizarea ventilaţiei mecanice.

Johns, medicul curant, a vrut să se ocupe de intubaţie. A luat un laringoscop Mac 3 – un instrument metalic standard, în formă de L, dar cu un aspect destul de rudimentar, utilizat pentru forţarea deschiderii cavităţii bucale şi a gâtului – şi a inserat lama, asemănătoare unei limbi de pantof, în profunzime, prin gură, spre laringe. Apoi a ridicat brusc mânerul instrumentului către vălul palatin, încălecând limba, ca să poată vizualiza corzile vocale, dispuse ca nişte pliuri cărnoase, la intrarea în trahee. Pacienta n-a tresărit şi nici nu s-a înecat: era tot inertă.

„Sucţiune!“ a strigat. „Nu văd nimic.“

A aspirat aproape o cană de sânge şi de secreţii. A luat apoi tubul endotraheal – un tub de cauciuc transparent, cu un diametru cât al degetului arătător şi o lungime de trei ori mai mare decât acesta – şi a încercat să-l amplaseze între corzile vocale. După un minut, saturaţia în oxigen a început să scadă.

„A coborât până la şaptezeci la sută“, a anunţat o asistentă.

Johns se tot chinuia să împingă tubul, dar în zadar. Buzele pacientei îşi schimbaseră culoarea, bătând în albastru.

„Şaizeci la sută“, a spus, din nou, asistenta.

Johns a scos toate dispozitivele din cavitatea bucală a pacientei şi i-a aplicat din nou masca pe figură. Indicatorul oximetrului a zăbovit pentru o clipă în dreptul diviziunii 60, după care a urcat, constant, până la 97%. După câteva minute, i-a scos masca şi a încercat din nou s-o intubeze. De data asta, a extras şi mai mult sânge şi se pare că exista şi un edem: probabil că toate manevrele la nivelul gâtului erau inutile. Saturaţia în oxigen a scăzut iarăşi la 60%. A renunţat din nou la intubaţie şi a ventilat-o pe mască până a ajuns la 95%.

Când nu-ţi reuşeşte intubarea, pasul următor constă în apelarea la ajutor specializat. „Să sunăm la anestezie“, am zis, iar Johns a încuviinţat. Între timp, am respectat în continuare protocolul standard pentru cazurile de traumatisme: examinarea completă, asigurarea necesarului de fluide, recomandarea efectuării testelor de laborator şi a radiografiilor. Toate acestea mi-au luat vreo cinci minute.

Saturaţia în oxigen a pacientei a coborât la 92% – o modificare relativ nesemnificativă, dar, în mod cert, deloc normală în cazul unui pacient ventilat manual. M-am uitat dacă nu cumva senzorul îi alunecase de pe deget. Era la locul lui. „Oxigenul e la presiune maximă?“ am întrebat o asistentă.

„Da, la presiune maximă“, mi-a răspuns.

Am verificat din nou plămânii – nu erau afectaţi. „Trebuie s-o intubăm“, a spus Johns. I-a scos masca de oxigen şi a făcut o nouă tentativă.

Cred că undeva, într-un ungher al minţii, îmi încolţise gândul că, poate, căile ei respiratorii nu rămâneau deschise datorită edemului de la nivelul corzilor vocale sau a sângelui. Dacă supoziţia mea era adevărată şi nu reuşeam s-o intubăm,

atunci singura ei şansă de supravieţuire ar fi fost efectuarea de urgenţă a unei traheotomii: realizarea unui orificiu în gât şi inserarea, la nivelul traheii, a unui tub care să asigure respiraţia. O nouă încercare de intubare ar fi putut chiar să genereze un spasm al corzilor vocale şi obturarea bruscă a căilor respiratorii – adică exact ce se întâmplase.

Dacă aş fi mers mai departe pe firul acestui gând, mi-aş fi dat seama cât de prost pregătit eram să fac o „trahe-". Sigur că, fiind singurul chirurg din sală, eram cel mai experimentat în domeniul practicării unei traheotomii, dar asta nu însemna mare lucru. Asistasem la efectuarea unei asemenea intervenţii în vreo şase cazuri, dintre care doar unul fusese în regim de urgenţă, aşa că eram obişnuit cu tehnicile ce nu impuneau viteză de execuţie. Excepţia fusese o operaţie de urgenţă realizată pe o capră. Ar fi trebuit să-l chem imediat în ajutor pe doctorul Ball. Pentru orice eventualitate, ar fi trebuit să dispun pregătirea echipamentului de intubare endotraheală – sistem de iluminat corespunzător, dispozitiv de aspirare, instrumentar steril. În loc să grăbesc intubarea pacientei datorită unei scăderi neînsemnate a saturaţiei în oxigen, ar fi trebuit să-l rog pe Johns să aştepte până când aş fi avut în preajmă un ajutor. Ba aş fi putut să-mi dau seama că era pe cale să survină compromiterea căilor respiratorii. Şi-aş fi putut să apuc un bisturiu şi să fac o traheotomie cât timp situaţia, relativ stabilă, mi-ar fi permis să efectuez intervenţia într-un ritm mai lent. Dar, indiferent care au fost motivele ezitării mele – mândrie exagerată, neatenţie, confundarea dorinţelor cu realitatea sau şovăiala de moment –, am lăsat acea ocazie să-mi scape printre degete.

Johns s-a aplecat peste pacientă, încercând cu obstinaţie să insereze tubul printre corzile ei vocale. În momentul în care valoarea saturaţiei în oxigen a coborât din nou la 60, s-a oprit şi i-a aplicat iarăşi masca facială. Privea insistent monitorul.

Cifrele afişate nu se mişcau. Buzele femeii aveau în continuare o coloraţie albastră. Johns a încercat să mărească şi mai mult aportul de oxigen.

„Întâmpin rezistenţă“, a spus.

Am înţeles cum stăteau lucrurile şi m-au cuprins fiorii: situaţia era dezastruoasă. „Fir-ar să fie, nu mai avem căile aeriene“, am zis. „Kit pentru trahe! Lumină! Cineva să sune la sala de operaţie 25 şi să-l cheme pe Ball aici!“

S-a iscat deodată o învălmăşeală teribilă. Am încercat să acţionez cumpătat şi să evit instalarea panicii. I-am spus chirurgului intern să-şi pună un halat steril şi mănuşi. Am luat de pe un raft o soluţie antiseptică şi am turnat pe gâtul pacientei întregul conţinut al unei sticle cu lichid brun-gălbui. O asistentă a desfăcut kitul de traheotomie – un set de câmpuri chirurgicale şi instrumentar. Mi-am pus un halat şi o pereche nouă de mănuşi, răstimp în care încercam să mă gândesc ce aveam de făcut. E chiar simplu, mă străduiam să mă conving singur. La baza cartilagiului tiroidian, cunoscut sub numele de mărul lui Adam, există un înveliş subţire, fibros, denumit membrană cricotiroidiană. Faci o incizie sub ea şi – *voilà*! Ai pătruns în trahee. Strecori prin orificiu un tub de plastic, de forma unui racord cu cot pentru ţevi, îl fixezi la sursa de oxigen şi la un ventilator şi gata. Cel puţin aşa stăteau lucrurile în teorie.

I-am acoperit trupul cu cearşafuri sterile, lăsând la vedere doar zona gâtului. Era gros ca un trunchi de copac. Am palpat proeminenţa osoasă a cartilagiului tiroidian. Dar n-am putut să simt nimic sub straturile adipoase. Mă copleşise un sentiment de nesiguranţă – unde-ar trebui să fac incizia? oare e mai bine să fie pe verticală sau pe orizontală? – şi nu mă puteam suferi din cauza asta. Chirurgii nu ezită niciodată, iar eu ezitam.

„Am nevoie de mai multă lumină!“ am spus.

Cineva a fost trimis să caute o lampă.

„L-a adus cineva pe Ball?“ am întrebat. Nu cred că obţinusem astfel un efect prea mobilizator.

„Se-ndreaptă spre noi“, a răspuns o asistentă.

Nu era vreme de pierdut. Patru minute fără oxigen ar fi determinat distrugerea definitivă a creierului, poate chiar şi moartea pacientei. Până la urmă, am luat bisturiul şi am incizat. Pur şi simplu, am făcut incizia: am culisat lama bisturiului pe o distanţă de 7,5 cm, de la stânga spre dreapta, pe mijlocul gâtului, aplicând tehnica pe care o învăţasem pe cazurile demonstrative. În timpul manevrei de disecare, cu foarfecele, asistat de medicul intern, care menţinea plaga deschisă cu ajutorul unui depărtător, am atins o venă. N-am lăsat să curgă prea mult sânge, dar atât cât a fost, a reuşit să acopere leziunea. Nu mai puteam vedea nimic. Internul a presat cu un deget punctul de sângerare. Am solicitat dispozitivul de aspirare. Dar nu funcţiona; tubul era colmatat cu secreţiile adunate în timpul încercărilor repetate de intubare.

„Să-mi aducă cineva alt tub!“ am spus. „Şi lampa unde e?“

Până la urmă, un infirmier a adus o lampă mobilă înaltă, a băgat-o în priză şi-a aprins-o. Lumina era tot prea slabă; cred că m-aş fi descurcat mai bine cu o lanternă.

Am tamponat locul cu tifon, pentru a absorbi sângele şi am palpat zona cu vârful degetelor. De data asta, am avut senzaţia că puteam să simt crestele dure ale cartilagiului tiroidian şi, sub el, membrana cricotiroidiană. Totuşi nu eram foarte sigur.

În sala de operaţie a intrat James O'Connor, un anestezist cu păr grizonat şi un aer de atotştiutor. Johns i-a prezentat rapid cazul şi l-a lăsat să se ocupe de ventilarea pacientei.

Ţinând bisturiul în mâna dreaptă ca pe un stilou, am fixat lama în interiorul plăgii, în punctul unde credeam că depistasem cartilagiul tiroidian. Am înaintat din aproape în

aproape – orbește, datorită prezenței sângelui și a luminii insuficiente – prin straturile de grăsime și țesut, până când am simțit că lama atinge cartilagiul dur. Am tatonat cu vârful bisturiului până ce am ajuns în dreptul unei denivelări. Am sperat că era membrana cricotiroidiană și am apăsat ferm. Am simțit deodată că țesutul cedează și am făcut o deschizătură de circa doi centimetri și jumătate.

Când mi-am afundat degetul arătător, am avut senzația că desfac un cârlig de rufe rigid. Am crezut că am pătruns într-un spațiu liber. Dar unde era sunetul produs de mișcarea aerului, pe care mă așteptam să-l aud? Ajunsesem la un nivel suficient de adânc? Sau, măcar, eram la locul potrivit?

„Cred că am atins ținta“, am spus, ca să liniștesc pe toată lumea, inclusiv pe mine însumi.

„Sper“, a zis O'Connor. „Femeia nu mai are mult de trăit.“

Am luat tubul de traheotomie și am încercat să-l fixez, dar ceva părea să-l blocheze. L-am răsucit, l-am întors și, în final, l-am introdus cu o mișcare rapidă. Tocmai în acel moment a ajuns și Ball, chirurgul instructor. S-a apropiat în grabă de pat și s-a aplecat puțin deasupra pacientei, ca să vadă cum se prezenta situația. „Ai reușit?“ m-a întrebat. Am răspuns că așa credeam. La capătul liber al tubului era fixată masca de oxigen. Dar când s-a aplicat presiune, s-a auzit deodată cum iese aerul de la nivelul plăgii. Ball și-a pus rapid o bluză chirurgicală și o pereche de mănuși.

„Cât timp a avut calea aeriană obstruată?“ a întrebat.

„Nu știu. Trei minute.“

Fața lui Ball a căpătat o expresie gravă, fiindcă-și dădea seama că nu avea la dispoziție decât circa un minut ca să remedieze situația. Mi-a luat locul și a extras rapid tubul traheal. „Doamne, ce mizerie!“ a exclamat. „Nu pot să văd nimic în plaga asta. Nici măcar nu-mi dau seama dacă ai nimerit unde trebuia. Am putea avea lumină mai puternică și aspirație

mai bună?“ I-a fost dat un alt tub de aspirație. A curățat rapid plaga și s-a pus pe treabă.

Saturația în oxigen a pacientei scăzuse atât de mult, încât oximetrul nici n-o mai putea detecta. Ritmul cardiac începuse să încetinească – 60 de pulsații pe minut, 40, după care a dispărut complet de pe monitor. Mi-am sprijinit palmele pe toracele pacientei și, aplecându-mă, cu brațele încordate și coatele îndoite, am început manevrele de compresie.

Ball și-a îndreptat privirea către O'Connor. „N-o să reușesc să permeabilizez rapid căile respiratorii.“ „Va trebui să încerci din nou de deasupra.“ Recunoștea c-am dat greș. O nouă intubație orală nu avea nici un rost – era doar o expresie a gândului amăgitor că faci totuși ceva, în loc să privești, neputincios, cum îți moare pacienta. Eram foarte marcat și mă concentram numai asupra manevrelor de compresie toracică, fără să mă uit nici în stânga, nici în dreapta. Se isprăvise totul. Așa credeam.

Și deodată, ca prin minune, aud glasul lui O'Connor: „Am intrat!“ Reușise să strecoare în spațiul dintre corzile vocale un tub endotraheal pediatric. În treizeci de secunde, cu ajutorul oxigenului pompat manual prin tubul de respirație, inima a început din nou să bată, cu o frecvență de o sută douăzeci de pulsații pe minut. Saturația în oxigen a sângelui era 60, dar creștea constant. După alte treizeci de secunde, ajunsese la 97 la sută. Întreaga asistență a răsuflat ușurată, de parcă ar fi fost cu toții privați de aer, ca și pacienta. Ball și cu mine am schimbat doar câteva cuvinte, referitoare la ceea ce trebuia făcut în continuare. După care, a coborât un etaj mai jos, ca să finalizeze intervenția începută, asupra tânărului înjunghiat, aflat în continuare în sala de operație.

În cele din urmă, am descoperit identitatea femeii, pe care o voi numi Louise Williams; avea treizeci și patru de ani și locuia singură, într-o suburbie din apropiere. Când a fost

adusă la spital, avea o alcoolemie triplă faţă de valoarea limită legală, ceea ce contribuise, foarte probabil, la pierderea cunoştinţei. Avea o comoţie, mai multe zgârieturi şi un grad avansat de afectare a ţesutului moale. Testele imagistice nu au evidenţiat prezenţa altor leziuni datorate accidentului. În acea noapte, Ball şi Hernandez au adus-o în sala de operaţie, în vederea efectuării unei traheotomii corespunzătoare. Când au terminat, Ball a ieşit să discute cu membrii familiei victimei, cărora le-a spus în ce stare critică fusese adusă, ce dificultăţi „am" întâmpinat în cursul manevrelor de resuscitare şi cât de îngrijorător de lung fusese intervalul de timp în care a fost privată de oxigen, ceea ce-i alimenta nesiguranţa cu privire la integritatea funcţiei cerebrale. L-au ascultat fără să protesteze; nu aveau altceva de făcut decât să aştepte.

Îmi vin în minte acum alte întâmplări nefericite din viaţa unui chirurg. Odată, de pildă, un specialist în chirurgie generală a lăsat în abdomenul unui pacient un instrument metalic de mari dimensiuni, care i-a lezat întregul intestin, până la nivelul peretelui vezicii urinare. Într-un alt caz, un chirurg oncolog care efectua o biopsie a prelevat proba de ţesut mamar dintr-o altă regiune a sânului decât cea suspectată, ceea ce a determinat temporizarea diagnosticului timp de mai multe luni. Un chirurg cardiolog a sărit, în timpul unei operaţii pe cord, peste o etapă mică, dar vitală, fapt ce a condus la decesul pacientului. Un chirurg general a văzut în camera de urgenţe un om cu o durere abdominală atroce şi, fără să-i efectueze o tomografie computerizată, a presupus că era vorba despre o colică renală; optsprezece ore mai târziu, imagistica a evidenţiat prezenţa unui anevrism aortic abdominal, iar pacientul a murit nu după mult timp.

Cum e posibil ca un doctor care face o greşeală de asemenea proporţii să fie lăsat să-şi practice în continuare meseria?

Celor ca ei le atribuim calificativul de „incompetent", „lipsit de simţ etic", „neglijent". Ne dorim să vedem că sunt sancţionaţi. Şi-aşa au apărut tensiunile legate de modul în care sistemul nostru public gestionează problema greşelilor din sfera medicală – procesele de malpraxis, scandalurile mediatice, suspendările, concedierile.

În miezul lucrurilor există însă un adevăr care complică o asemenea viziune „cosmetizată" a erorilor şi a făptuitorilor acestora: toţi doctorii fac greşeli foarte grave. Gândiţi-vă numai la cazurile pe care le-am exemplificat mai sus. Le-am aflat după ce-am discutat cu mai mulţi chirurgi respectabili – reprezentanţi de vârf ai şcolii medicale – pe care i-am rugat să-mi vorbească despre propriile lor erori, din ultimul an. Fiecare dintre ei a avut câte ceva de povestit.

În anul 1991, revista *New England Journal of Medicine* a publicat o serie de lucrări de referinţă din cadrul unui proiect cunoscut sub numele de „Harvard Medical Practice Study" („Studiul Harvard privitor la Practica Medicală") – o sinteză a datelor referitoare la un număr de peste treizeci de mii de cazuri de pacienţi spitalizaţi din statul New York. Studiul a constatat, pe de-o parte, că aproape patru la sută dintre aceştia avuseseră, în urma tratamentelor, complicaţii care fie le prelungiseră durata internării în spital, fie se soldaseră cu infirmităţi ori cu deces, iar pe de altă parte, că două treimi dintre respectivele efecte negative se datoraseră greşelilor comise în cursul procesului de îngrijire. Din totalul spitalizărilor, un caz din patru, sau un procent din total a implicat neglijenţă. S-a estimat că, la nivel naţional, erorile de îngrijire generează în rândul pacienţilor, în fiecare an, până la patruzeci şi patru de mii de decese. Iar investigaţiile realizate ulterior, pe întreg teritoriul ţării, au confirmat natura ubicuitară a greşelilor. În cadrul unui studiu de proporţii restrânse, referitor la calitatea actului medical exercitat de un eşantion de

clinicieni care se ocupau de pacienţi cu stop cardiac subit, douăzeci şi şapte din treizeci de participanţi au comis o eroare legată de utilizarea defibrilatorului – încărcându-l incorect sau pierzând prea multă vreme cu înţelegerea modului de funcţionare a unui anumit model. Potrivit rezultatelor unui studiu efectuat în 1995, la fiecare internare în spital se înregistrează, în medie, circa un caz de administrare greşită a medicaţiei – de pildă, când se dă fie un alt medicament în locul celui adecvat, fie o altă doză decât cea indicată; majoritatea nu se soldează cu efecte serioase, dar la un procent din totalul unor astfel de erori apar consecinţe grave ale acestora.

Dacă greşelile s-ar datora unei minorităţi de doctori care periclitează sănătatea pacienţilor, aţi putea crede că situaţiile de malpraxis sunt concentrate în jurul unui grup restrâns de indivizi; în realitate însă, ele au o distribuţie uniformă. În cursul carierei lor, cei mai mulţi chirurgi sunt chemaţi cel puţin o dată în faţa unei instanţe de judecată. Aşa cum au constatat şi cercetările consacrate studierii diverselor tipuri de erori, cea mai îngrijorătoare problemă este nu atât repetarea erorilor de către acelaşi individ, cât faptul că, practic, an de an, toţi cei implicaţi în sistemul de îngrijire a pacienţilor spitalizaţi fac greşeli grave şi, uneori, comit acte de neglijenţă. Aşa se şi explică de ce, în general, relatarea în presă a unui nou caz de malpraxis ce oripilează opinia publică nu stârneşte decât rareori indignarea doctorilor. Mult mai adesea, mediatizarea unor asemenea evenimente le trezeşte un alt fel de reacţii – dacă eram eu în locul celui incriminat? Cea mai importantă întrebare la care trebuie să se găsească un răspuns este nu cum să fie împiedicaţi medicii incompetenţi să aducă prejudicii pacienţilor, ci cum să se evite implicarea doctorilor buni în astfel de situaţii.

Procesele de malpraxis constituie, în acest sens, un remediu extrem de ineficient. Troyen Brennan, profesor de ştiinţe

juridice și sănătate publică, a evidențiat faptul că, până în prezent, cercetarea nu a reușit să aducă dovezi care să susțină rolul litigiilor în reducerea frecvenței erorilor – poate pentru că, printre altele, un asemenea instrument de luptă este atât de ambiguu. Brennan a coordonat mai multe studii ce urmăreau pacienții înrolați în Harvard Medical Practice Study. El a constatat că numărul celor care au intentat vreodată proces pentru a reclama calitatea slabă a îngrijirii primite abia întrunea două procente din totalul celor care au avut astfel de experiențe neplăcute. Dimpotrivă, doar o mică parte dintre pacienții care chiar au ajuns cu dosarul incriminator în fața instanței fuseseră, de fapt, victime ale neglijenței asistenței medicale. Iar probabilitatea ca un reclamant să câștige un asemenea proces depindea, în primul rând, de cât de precare erau mijloacele materiale ale respectivei persoane, indiferent dacă acel nivel scăzut al venitului se datora bolii sau riscurilor inevitabile ale îngrijirii.

Implicațiile proceselor de malpraxis sunt mult mai profunde: înfierând caracterul incriminator al greșelilor, ele împiedică, de fapt, atât conștientizarea, de către medici, a gravității erorilor cât și discutarea publică a problemei în speță. În cadrul unui asemenea sistem injust, doctorii și pacienții ajung să se situeze pe poziții adverse, ambele tabere fiind constrânse să ofere o versiune puternic distorsionată a evenimentelor. Când lucrurile merg prost, unui medic îi este aproape imposibil să vorbească deschis cu pacientul despre greșeli. Juriștii spitalelor îi previn pe doctori că, deși au obligația de a-i informa pe bolnavi asupra problemelor neplăcute ce apar, nu trebuie niciodată să le dea să înțeleagă că ei sunt cei în culpă, ca nu cumva acea „confesiune“ să devină probă incriminatoare în cadrul unui proces ce judecă o chestiune tranșantă de moralitate. Cel mult, un medic poate spune: „Îmi pare rău că lucrurile n-au decurs chiar cum speram.“

Există totuşi un loc unde doctorii pot vorbi cu seninătate despre greşelile lor, dacă nu cu pacienţii, măcar unul cu altul. Este vorba despre Morbidity and Mortality Conference (Conferinţa despre Morbiditate şi Mortalitate) – sau, mai simplu, M & M –, organizată, de regulă, săptămânal, în aproape fiecare spital universitar din ţară. Instituţia a supravieţuit fiindcă, în majoritatea statelor, legile care-i protejează procedurile în justiţie nu s-au abătut de la litera scrisă, în ciuda frecventelor probleme apărute. Chirurgii, în special, iau foarte în serios M & M. Aici au posibilitatea să se adune cu toţii în spatele uşilor închise, ca să treacă în revistă greşelile, evenimentele nedorite şi cazurile de deces produse în tura lor, să stabilească responsabilitatea pentru respectivele situaţii şi să decidă ce schimbări să facă data viitoare.

La spitalul unde lucrez, ne întâlnim în fiecare marţi, la ora cinci după-amiază, într-un amfiteatru cu scaune de pluş şi tablouri în ulei ce înfăţişează portrete ale unor figuri reprezentative ale medicinii, menite a constitui, pentru fiecare dintre noi, adevărate modele de împlinire profesională. Astfel de întruniri vizează participarea tuturor chirurgilor, de la interni până la şeful de secţie; ni se alătură şi studenţii medicinişti care-şi fac, prin „rotaţie“, stagiul în această specialitate. O conferinţă M & M poate reuni aproape o sută de persoane. Intrăm, ne luăm fiecare câte un exemplar fotocopiat al listei de cazuri ce urmează a fi dezbătute şi ne aşezăm la locurile noastre. Pe rândul din faţă stau chirurgii cei mai experimentaţi: oameni sobri, serioşi, care, îmbrăcaţi în costume închise la culoare, în locul vestimentaţiei obişnuite de spital, stau aliniaţi precum membrii unei comisii senatoriale de anchetă. Preşedintele, o prezenţă impunătoare, este aşezat cel mai aproape de podiumul din lemn de la care sunt expuse cazurile. În rândurile următoare stau ceilalţi chirurgi implicaţi în procesul

de instruire şi formare a viitorilor specialişti; sunt cu toţii ceva mai tineri, iar printre ei există şi câteva femei. Rezidenţii-şefi poartă halate albe şi stau, de obicei, pe rândurile laterale. Mă alătur celorlalţi rezidenţi, echipaţi în bluze albe şi pantaloni verzi, care ocupă locurile din spate.

Pentru fiecare caz în parte, rezidentul-şef din cadrul secţiei implicate – cardiologie, traumatisme etc. – adună informaţiile, urcă pe podium şi începe să relateze cum s-a petrecut evenimentul. Iată cum arată o listă parţială a cazurilor înregistrate în cursul unei săptămâni obişnuite (cu câteva modificări, desigur, pentru a păstra confidenţialitatea protagoniştilor): un bărbat în vârstă de şaizeci şi opt de ani, cu operaţie pe cord deschis soldată cu hemoragie care a determinat decesul pacientului; o femeie în vârstă de patruzeci şi şapte de ani care a necesitat o nouă intervenţie chirurgicală datorită infecţiei apărute în urma unui bypass arterial la nivelul membrului inferior stâng; o femeie în vârstă de patruzeci şi patru de ani în cazul căreia s-a impus drenaj biliar după colecistectomie; trei pacienţi care au necesitat o nouă intervenţie chirurgicală din cauza hemoragiei survenite postoperator; un bărbat în vârstă de şaizeci şi trei de ani care a suferit un stop cardiac ulterior intervenţiei de bypass cardiac; o femeie în vârstă de şaizeci şi şase de ani ale cărei suturi au cedat brusc, determinând o plagă abdominală, şi aproape că au permis revărsarea intestinelor. Pe o astfel de listă se regăsea şi cazul doamnei Williams, cel în care ratasem traheotomia. Ulterior, David Hernandez, rezidentul-şef din cadrul secţiei de traumatisme, a trecut în revistă datele înregistrate şi ne-a vorbit mie şi celorlalţi implicaţi. La timpul cuvenit, el a fost cel care a venit în faţa audienţei şi a descris evenimentul.

Hernandez este un bărbat înalt, cu o fire jovială, prietenoasă, cu reale abilităţi de narator. Dar prezentările M & M sunt terne şi concise. A spus ceva în genul: „Era o şoferiţă

imprudentă, în vârstă de treizeci şi patru de ani, care s-a răsturnat cu maşina datorită excesului de viteză. La locul accidentului, pacienta avea semne vitale stabile, dar fără reacţie la stimuli dureroşi. A fost adusă la spital cu ambulanţa, dar nu era intubată. Când a sosit, avea GCS 7." GCS sunt iniţialele Glasgow Coma Scale (scala de gravitate Glasgow), care evaluează gravitatea traumatismelor cranio-cerebrale pe baza unor scoruri (grade de severitate) situate pe o scală de la trei la cincisprezece. GCS 7 este un punctaj ce denotă existenţa unei stări comatoase. „Tentativele de intubare, efectuate în secţia de urgenţe, au eşuat şi e posibil să fi contribuit la obstruarea căilor respiratorii. S-a încercat, tot fără succes, şi o cricotiroidotomie."

Asemenea prezentări sunt deseori penibile. Rezidenţii-şefi, nu medicii instructori, sunt cei care stabilesc ce cazuri merită să fie supuse dezbaterii. Este păstrată astfel integritatea medicilor instructori – nimeni nu poate ascunde greşelile; în schimb, rezidenţii-şefi, care au, în fond, poziţia de subaltern, sunt puşi într-o situaţie delicată. Aşadar, o prezentare M & M reuşită implică, inevitabil, o anumită eliziune a detaliilor şi o mulţime de verbe la diateza pasivă. Nimeni nu ratează o cricotiroidotomie, dar e cu totul altceva să afirmi că „s-a încercat, fără succes, o cricotiroidotomie." Oricum, mesajul n-a scăpat nimănui.

Hernandez a continuat: „Pacienta a făcut stop cardiac şi a necesitat compresii cardiace. Ulterior, sub anestezie, a fost posibilă inserarea unui tub endotraheal, ceea ce a permis stabilizarea funcţiilor vitale ale pacientei. După care s-a finalizat traheotomia, în sala de operaţie."

Aşadar, Louise Williams fusese privată de oxigen un interval de timp suficient de lung încât să intre în stop cardiac şi toţi cei prezenţi ştiau că acest lucru implica riscul producerii unui accident vascular cerebral invalidant sau mai grav.

În încheiere, Hernandez a arătat şi care erau consecinţele fericite ale episodului prezentat: „Examenul medical final a infirmat afectarea permanentă a creierului sau producerea altor leziuni majore. Tubul de traheotomie a fost îndepărtat în Ziua nr. 2. A fost externată într-o stare de sănătate bună în Ziua nr. 3.“ Şi cei din familia femeii, şi eu răsuflaserăm cu toţii uşuraţi când pacienta se trezise dimineaţa, cam ameţită, dar cu senzaţie de foame, vioaie şi fără tulburări mentale. În câteva săptămâni, doar o cicatrice va mai aminti de acel episod.

Până atunci însă, cineva trebuia să dea socoteală. Îndată s-a şi auzit tunetul unei voci din rândul întâi: „Ce înţelegeţi prin «s-a încercat, fără succes, o cricotiroidotomie»?“ M-am ghemuit în scaun, simţind că-mi luaseră foc obrajii.

„A fost cazul meu“, a răspuns, de bunăvoie, dr. Ball, din primul rând. Aşa începe orice medic curant, iar acea frază concentrează, în doar câteva cuvinte, o întreagă cultură chirurgicală. În lumea şcolilor de afaceri şi-a Americii corporative, în care se vorbeşte permanent de virtuţile „organizaţiilor orizontale“ (organizaţii a căror structură se bazează pe un management dinamic, partajat, al muncii în echipă), chirurgii rămân fideli culturii bazate pe demodatul simţ al ierarhiei. Când lucrurile merg prost, este de aşteptat ca întreaga responsabilitate să fie preluată de medicul curant. Nu contează dacă, de fapt, mâna rezidentului a ezitat şi a secţionat aorta; nici dacă medicul curant era acasă, în pat, când asistenta a administrat un medicament într-o doză greşită. În cadrul M & M, medicul curant este cel care poartă povara responsabilităţii.

Ball a vorbit, în continuare, despre eşecul intubării pacientei de către medicul curant de la urgenţă, precum şi despre faptul că el însuşi nu reuşise să fie lângă ea când lucrurile scăpaseră de sub control. A pomenit despre iluminarea slabă şi despre dimensiunile spectaculoase ale gâtului femeii, având grijă ca aspectele relatate să nu sune ca nişte scuze, ci pur

şi simplu să le confere statutul unor factori perturbatori, care complicau cazul. Unii medici curanţi dădeau din cap, aprobator. Doi dintre ei i-au adresat câteva întrebări, ca să clarifice anumite detalii. Tonul lui Ball a fost permanent obiectiv, detaşat. Avea aerul unui prezentator de ştiri de la CNN care descria tulburările din Kuala Lumpur.

Ca întotdeauna, întrebarea finală a fost pusă de preşedinte, care era responsabil de calitatea tuturor serviciilor oferite de secţia noastră de chirurgie. Ce anume, voia el să afle, ar fi schimbat Ball dacă ar fi revizuit abordarea cazului? Ei bine, a răspuns cel vizat, nu a durat prea mult până ce a putut fi controlată situaţia pacientului cu plaga înjunghiată, în sala de operaţie, aşa că, probabil, în acel moment, l-ar fi trimis pe Hernandez sus, la secţia de urgenţe sau l-ar fi lăsat pe acesta să închidă abdomenul tânărului, ca să poată veni el să preia cazul lui Williams. Întreaga audienţă încuviinţă. Lecţie învăţată. Cazul următor.

Pe toată durata M & M, nimeni nu a încercat să afle de ce nu solicitasem ajutor mai devreme şi nici de ce nu avusesem competenţa teoretică şi practică necesară în situaţia lui Williams. Ceea ce nu înseamnă că modul în care acţionasem a fost perceput ca fiind acceptabil. Mai degrabă, respectând scara ierarhică, Ball era cel care avea rolul de a-mi analiza erorile. A doua zi după dezastru, Ball m-a prins pe hol şi m-a tras deoparte. Tonul cu care mi-a vorbit despre ceea ce greşisem era mai mult lezat decât supărat. În primul rând, mi-a explicat el, într-o traheotomie de urgenţă poate ar fi fost preferabilă o incizie verticală la nivelul gâtului; aşa aş fi evitat vasele de sânge, care trec spre şi dinspre cap – ceea ce ar fi trebuit să ştiu, cel puţin din literatura de specialitate. Poate că astfel aş fi reuşit, mult mai uşor, să obţin permeabilizarea căilor respiratorii, a continuat Ball. În al doilea rând – şi, după părerea lui, mai grav decât simpla ignoranţă –

era faptul că nu înţelegea de ce nu l-am chemat când devenise evident că situaţia se complica. N-am încercat să mă scuz. Am promis că voi fi mai bine pregătit să fac faţă unor astfel de cazuri şi să reacţionez mai prompt când se va pune problema să solicit ajutor.

Chiar şi după ce Ball se îndepărtase, ruşinea care mă cuprinsese îmi crea o senzaţie de arsură în stomac, aidoma celei din ulcer. Nu era un sentiment de vinovăţie: acesta apare atunci când ai făcut ceva rău. Era ruşine: eu eram întruchiparea culpei. Ştiu la fel de bine că asemenea sentimente pot fi exacerbate în cazul unui chirurg. Una e să-ţi conştientizezi propriile limite, dar cu totul altceva este să te copleşească neîncrederea în propria competenţă. Un reputat chirurg de talie naţională îmi povestea odată despre o operaţie abdominală în cursul căreia n-a mai putut controla hemoragia produsă în timpul rezecţiei unei tumori care s-a dovedit a fi benignă, iar pacientul a murit. „A fost pur şi simplu o crimă“, mi-a spus. Ulterior, cu greu se mai mobiliza în vederea efectuării unei intervenţii. Iar când reuşea totuşi să opereze, era extrem de ezitant. Cazul respectiv i-a afectat, timp de mai multe luni, calitatea actului operator.

Mai gravă însă decât pierderea încrederii în sine este adoptarea unei atitudini defensive. Există chirurgi care văd greşeli oriunde, numai la ei înşişi nu. Nu au nici un fel de îndoieli sau de temeri cu privire la propriile abilităţi. Ca urmare, nu învaţă nimic din propriile erori şi nu ştiu că au şi puncte slabe. Un confrate mi-a spus cândva că este ceva rar, dar alarmant să întâlneşti un chirurg lipsit de sentimentul de teamă. „Dacă nu ţi-e puţin frică atunci când operezi“, mi-a zis, „îi vei face, cu siguranţă, un deserviciu serios pacientului.“

Atmosfera din cadrul M & M este menită să descurajeze ambele atitudini – neîncrederea în propria competenţă şi negarea –, pentru că o astfel de conferinţă constituie, de fapt,

un ritual cultural care le insuflă chirurgilor o percepţie „corectă“ asupra greşelilor. „Ce anume aţi schimba data viitoare, într-o situaţie similară?“ întreabă un preşedinte, referitor la cazurile în care prejudiciile puteau fi evitate. „Nimic“ este doar foarte rar un răspuns acceptabil.

În felul ei, M & M este o instituţie impresionant de sofisticată şi de umană. Spre deosebire de instanţele judecătoreşti sau de mass-media, ea recunoaşte faptul că, în general, erorile oamenilor nu pot fi împiedicate printr-un act punitiv. M & M consideră că evitarea greşelilor este, într-o măsură considerabilă, o chestiune de voinţă – ce implică, mai întâi, menţinerea unui nivel de informare şi de vigilenţă suficient de ridicat încât să permită anticiparea nenumăratelor situaţii în care lucrurile ar putea merge prost, iar apoi, străduinţa de-a preîntâmpina apariţia unor complicaţii prin sesizarea la timp a oricărei potenţiale probleme. Faptul că se produce o greşeală nu este condamnabil, dar e destul de jenant. De altfel, etosul instituţiei M & M poate părea paradoxal. Pe de-o parte, susţine chiar convingerea, puternic înrădăcinată, a americanilor că eroarea este intolerabilă. Pe de altă parte, însăşi existenţa M & M, convocarea ei regulată, o dată pe săptămână, implică o recunoaştere a faptului că greşelile constituie o componentă integrantă a medicinei şi, ca atare, sunt inevitabile.

Dar de ce apar ele atât de frecvent? Lucian Leape, un expert de marcă în domeniul erorilor, subliniază că multe alte sectoare de activitate – fie că este vorba de producerea semiconductorilor sau de serviciile hoteliere de la Ritz-Carlton – pur şi simplu nu îngăduie o frecvenţă a greşelilor atât de mare precum cea înregistrată în spitale. În cadrul industriei aviatice, rata erorilor operaţionale a fost redusă substanţial, ajungându-se la un raport de numai una la o sută de mii de curse aeriene, majoritatea nesoldându-se cu prejudicii serioase. În ultima vreme, în rândul angajaţilor companiei General Electric

circulă expresia „Six Sigma“, ce semnifică faptul că scopul lor este de a limita atât de mult defectele de fabricaţie, încât probabilitatea producerii lor să ajungă, în termeni statistici, la un nivel de peste şase deviaţii standard – cu alte cuvinte, la o frecvenţă de circa una la un milion.

Desigur că pacienţii sunt incomparabil mai complicaţi şi particulari decât avioanele, iar medicina nu implică nimic din ceea ce ţine de livrarea unui produs finit sau a unui catalog de obiecte; poate că e chiar mai complexă decât orice altă sferă de activitate umană. Şi totuşi tot ceea ce-am învăţat în cursul ultimelor două decenii – din cele mai diverse domenii, cum sunt, de pildă, psihologia cognitivă, ingineria „factorilor umani“ sau studiul dezastrelor, precum cele petrecute la Three Midle Island ori în Bhopal – ne conduce la aceleaşi concluzii: toate fiinţele umane fac greşeli şi, în plus, le comit frecvent şi într-o manieră predictibilă. Iar sistemele care nu ţin cont de aceste realităţi pot ajunge să exacerbeze erorile, în loc să le elimine.

Psihologul britanic James Reason afirmă, în cartea sa, *Human Error* (*Eroarea umană*), că predilecţia noastră pentru anumite tipuri de greşeli reprezintă preţul pe care-l plătim pentru faptul că am fost dotaţi cu o remarcabilă capacitate de a gândi şi de-a acţiona ghidaţi de propria noastră intuiţie – analizând şi sortând rapid informaţiile ce ne bombardează permanent simţurile, fără a ne mai irosi timpul încercând să găsim alte soluţii pentru a ne descurca într-o nouă situaţie. Aşadar, sistemele bazate pe perfecţiunea umană sunt caracterizate, după părerea autorului, de prezenţa „erorilor latente“ – erori ce sunt pe cale să devină realitate. Medicina e plină de asemenea exemple. Să luăm, de pildă, cazul completării unei reţete, o procedură mecanică, bazată pe memorie şi atenţie, care ştim cu toţii că ne pot juca feste. Este inevitabil ca, uneori, un medic să treacă pe formular o doză greşită sau un medicament greşit.

Chiar şi atunci când reţeta e scrisă corect, există riscul apariţiei unei erori la eliberarea medicamentelor. (Astfel de greşeli sunt aproape complet eliminate de către sistemul computerizat de comandă a medicaţiei, care însă nu a fost adoptat decât de o mică parte a spitalelor.) Echipamentul medical, pe care producătorii îl fabrică, adesea, fără să aibă în vedere operatorii umani, implică, de asemenea, existenţa erorilor latente: unul dintre motivele pentru care doctorii pot avea probleme în timpul utilizării defibrilatoarelor cardiace îl constituie faptul că dispozitivele respective nu au un design standard. La fel, programul de muncă supraaglomerat şi stresant, mediile de lucru haotice şi comunicarea defectuoasă între membrii echipelor medicale reprezintă surse de erori latente în cadrul sistemului.

James Reason remarcă şi un alt aspect important: dezastrele nu se produc, pur şi simplu; ele sunt rezultatul unui cumul de factori. În sistemele complexe, o defecţiune izolată nu generează decât rareori efecte negative. Fiinţele umane au o capacitate impresionantă de a se replia atunci când sesizează apariţia unei erori, iar sistemele şi-au adaptat adesea propriile mecanisme de apărare. De pildă, medicaţia prescrisă de doctori trece atât prin filtrul farmaciştilor, cât şi prin cel al personalului din sectorul de asistenţă medicală. Dar greşelile nu sunt întotdeauna depistate pe loc şi, din cauza erorilor latente, se întâmplă deseori ca nici sistemele de protecţie să nu reuşească să le sesizeze. Un farmacist uită să verifice una din o mie de reţete. Sistemul de alarmă al unui dispozitiv nu funcţionează. Singurul medic curant disponibil în departamentul de urgenţe este ocupat cu rezolvarea unui caz, în sala de operaţie. Cel mai adesea, lucrurile merg prost ca urmare a unei serii de eşecuri care contribuie la declanşarea unui dezastru.

M & M nu ţine cont de nici unul dintre aspectele menţionate până acum. De aceea, numeroşi experţi consideră că modul

în care se ocupă de analiza malpraxisului şi de îmbunătăţirea calităţii actului medical nu se ridică la nivelul standardelor. Nu e suficient ca, pentru a desprinde învăţămintele de rigoare dintr-un eşec, un clinician să fie întrebat ce anume ar fi putut sau ar fi trebuit să schimbe dacă ar fi avut de-a face cu un caz similar. Medicul este, adesea, doar veriga finală a unui lanţ de evenimente a căror evoluţie îl conduce spre o nereuşită. Prin urmare, experţii în problematica erorilor consideră că este necesar să se acorde mai multă atenţie evaluării şi corijării procesului în sine, nu indivizilor implicaţi în derularea lui. Într-un fel, ei vor să industrializeze medicina. Şi pot aduce argumente în acest sens: de pildă, succesul „fabricii ultraspecializate“ în operarea herniilor, reprezentată de spitalul Shouldice – şi, extinzând acest exemplu la o scară mult mai largă, întreaga specialitate de anestezie a adoptat preceptele lor, obţinând rezultate extraordinare.

În centrul emblemei Societăţii Americane a Anesteziştilor apare un singur cuvânt: „Vigilenţă“. Când este utilizată anestezia generală, medicul îşi asumă, practic, controlul asupra organismului bolnavului. Trupul devine inert, creierul e făcut să cadă în inconştienţă, iar funcţiile vitale – respiraţia, ritmul cardiac şi tensiunea arterială – sunt controlate artificial, prin conectarea pacientului la aparate. Dacă se au în vedere complexitatea maşinăriei şi cea a organismului uman, există o infinitate de moduri foarte asemănătoare în care lucrurile pot lua o întorsătură proastă, chiar şi în mica chirurgie. Şi totuşi anesteziştii au constatat că, de obicei, dacă sunt depistate la timp, problemele pot fi rezolvate. În anii ’40, la fiecare două mii cinci sute de operaţii se înregistra un deces cauzat de anestezie, iar între 1960 şi 1980, frecvenţa unor astfel de evenimente se stabilizase la unul, maximum două, la zece mii de intervenţii chirurgicale.

Ellison (Jeep) Pierce însă a considerat întotdeauna că până şi o asemenea rată este inacceptabilă. Încă din primul an al carierei sale (perioada anilor '60), pe când lucra ca anestezist la Universitatea Pennsylvania, ţinea evidenţa tuturor detaliilor referitoare la accidentele mortale datorate anesteziei pe care le-a întâlnit sau în care a fost implicat. Unul dintre cazurile consemnate de el l-a marcat însă în mod deosebit. Nişte prieteni de-ai lui îşi aduseseră la spital fiica în vârstă de optsprezece ani, în vederea extracţiei măselelor de minte sub anestezie generală. Anestezistul i-a inserat tubul endotraheal la nivelul esofagului în loc de cel al traheii, o greşeală relativ frecventă, pe care însă nu a reuşit să o depisteze, ceea ce nu mai e deloc ceva obişnuit. Privată de oxigen, fata a murit în numai câteva minute. Pierce ştia că o rată de deces de unul la zece mii de cazuri de pacienţi anesteziaţi, în condiţiile în care, în SUA, se administrau anual treizeci şi cinci de milioane de anestezii, însemna trei mii cinci sute de decese similare, ce puteau fi evitate.

În 1982, Pierce era ales vicepreşedinte al Societăţii Americane a Anesteziştilor, ceea ce i-a oferit ocazia de a face ceva în legătură cu rata deceselor. În acelaşi an, emisiunea *20/20*, difuzată pe programul ABC al televiziunii americane, a transmis un expozeu care a agitat destul de mult spiritele specialiştilor anestezişti. În introducere se afirma: „Dacă vă aflaţi în situaţia de-a suferi o anestezie, aveţi perspectiva unei lungi călătorii, pe care, dacă aţi putea s-o evitaţi, n-ar trebui s-o faceţi. De cele mai multe ori, anestezia generală [este] sigură, dar există pericole asociate, care sunt generate de eroarea umană, de neglijenţă, precum şi de deficitul de anestezişti. Anul acesta, şase mii de pacienţi vor muri sau vor suferi leziuni cerebrale." Programul a prezentat mai multe cazuri terifiante, de pe întreg cuprinsul ţării. În intervalul dintre crizele, de mică anvergură, declanşate de emisiunea

respectivă şi în contextul creşterii vertiginoase a cotelor asigurărilor de malpraxis ale medicilor, Pierce a reuşit să determine Societatea Americană a Anesteziştilor să dea o atenţie specială problemei erorilor din medicină.

În acest scop, nu a solicitat sprijinul unui doctor, ci pe cel al unui inginer, Jeffrey Cooper, coordonatorul colectivului de autori al unui articol de mare răsunet, publicat în 1978, intitulat „Accidentele nefericite, prevenibile, ale anesteziei: un studiu al factorilor umani". Cooper, un om meticulos şi exigent, a fost angajat în 1972, la vârsta de douăzeci şi şase de ani, de către departamentul de bioinginerie de la Massachusetts General Hospital, ca să lucreze în cadrul proiectului de dezvoltare a aparaturii necesare cercetătorilor din domeniul anesteziei. Simţea o atracţie puternică faţă de ceea ce se întâmpla în sala de operaţie şi petrecea ore în şir urmărind cu atenţie activitatea anesteziştilor; unul dintre primele aspecte pe care le-a sesizat a fost designul slab al aparaturii de specialitate. De pildă, la aproape jumătate din aparatele utilizate, rotirea indicatorului unui cadran în sensul acelor de ceasornic scădea concentraţiile anesteziceIor, dar le creştea, în cazul celeilalte jumătăţi. Ca urmare, ca să înţeleagă în ce măsură erorile înregistrate în domeniul anesteziei erau datorate echipamentului specific, a decis să se inspire din metoda cunoscută sub numele de „analiza incidentelor critice" – utilizată încă din anii '50 pentru investigarea accidentelor petrecute în sfera aviaţiei. Tehnica implică organizarea unor interviuri foarte riguroase, menite să furnizeze cât mai multe detalii posibile cu privire la incidentele cu grad ridicat de risc: ce fel de accidente au avut loc, în ce împrejurări şi ce factori au contribuit la producerea lor. Informaţiile obţinute sunt folosite ulterior în scopul decelării unor modele repetitive.

Cel mai important este ca rapoartele referitoare la asemenea cazuri să fie transparente şi corecte. Administraţia Federală

pentru Aviaţie din SUA a elaborat un sistem propriu de analiză şi prezentare a incidentelor aviatice periculoase, a cărui reuşită în ceea ce priveşte îmbunătăţirea siguranţei liniilor aeriene este explicată de două reglementări fundamentale: piloţii care raportează un incident în termen de zece zile de la producerea lui beneficiază automat de imunitate în faţa justiţiei, iar rapoartele sunt direcţionate către o agenţie externă, neutră, NASA, care nu este interesată de utilizarea datelor respective împotriva pilotului implicat în evenimentul consemnat. Pentru Jeffrey Cooper a fost, probabil, un avantaj faptul că era inginer, nu medic, ceea ce-i făcea pe anestezişti să-l privească doar ca pe un cercetător discret, care nu reprezenta nici un fel de ameninţare pentru ei.

Aşa a apărut cea dintâi evaluare ştiinţifică riguroasă a erorilor din medicină. Analiza sa detaliată a trei sute cincizeci şi nouă de greşeli a oferit o percepţie inedită, fără precedent, asupra profesiei medicale. A fost demontată opinia generală potrivit căreia debutul unei anestezii („decolarea“) era etapa cea mai periculoasă, specialiştii în domeniu aflând că, de fapt, incidentele aveau tendinţa să apară pe la jumătatea intervenţiei, când scade nivelul de vigilenţă. Cel mai obişnuit tip de incident implica fie erorile legate de menţinerea funcţiei respiratorii a pacientului – datorate, în majoritatea cazurilor, faptului că nu se sesiza la timp deconectarea tubului endotraheal sau conectarea lui greşită –, fie greşelilor de abordare a căilor aeriene ori celor determinate de manipularea necorespunzătoare a echipamentului specific. Cooper a întocmit, totodată, o listă a factorilor implicaţi în producerea greşelilor, care includea experienţa neadecvată, cunoaşterea insuficientă a aparaturii, deficienţele de comunicare între membrii echipei, graba, neatenţia şi oboseala.

Studiul a generat vii dezbateri în rândul anesteziştilor, însă până în momentul intervenţiei lui Pierce nu au existat demersuri

concertate de rezolvare a problemei. Cu sprijinul societății de profil și, ulterior, cu cel al fundației pe care a înființat-o, Pierce a obținut fonduri pentru finanțarea cercetărilor ce urmăreau identificarea unor modalități de diminuare a neajunsurilor sesizate de Cooper, a sponsorizat o conferință internațională ca să adune opinii și sugestii ale specialiștilor din întreaga lume, a convocat proiectanții de echipamente pentru anestezie să participe la discuții pe tema siguranței.

Toate demersurile sale au dat rezultate. A fost scurtat programul de lucru al rezidenților din departamentele de anestezie. Producătorii au început să-și reconfigureze aparatura ținând cont și de factorul uman, care poate greși. Au fost standardizate cadranele dispozitivelor, ca să se asigure o mișcare uniformă a acului indicator; au fost prevăzute sisteme de închidere, menite să împiedice administrarea accidentală a mai mult decât un gaz anesteziant; au fost schimbate dispozitivele de control, astfel încât fluxul de oxigen furnizat de aparat să nu coboare spre zero.

În situațiile în care erorile nu puteau fi eliminate direct, anesteziștii căutau mijloace performante de detectare precoce a acestora. De exemplu, dat fiind faptul că traheea și esofagul sunt situate atât de aproape una de alta, este aproape inevitabil ca, uneori, anestezistul să conecteze greșit tubul endotraheal. Specialiștii au verificat întotdeauna realizarea corectă a manevrei respective cu ajutorul unui stetoscop folosit pentru auscultația ambilor plămâni. Dar Cooper evidențiase un număr surprinzător de mare de accidente nefericite – precum cel petrecut în cazul fiicei prietenilor lui Pierce – ce implicau intubații nedepistate ale esofagului. Era nevoie de ceva și mai eficient. De fapt, monitoare pentru detectarea unui asemenea tip de eroare existau de foarte mulți ani, dar utilizarea lor era limitată, în parte și datorită cheltuielilor pe care le presupuneau. Un tip de monitor putea să controleze

dacă tubul se afla în trahee prin verificarea prezenţei dioxidului de carbon în aerul expirat din plămâni. Un alt tip, numit puls oximetru, urmărea concentraţia oxigenului din sânge, ceea ce permitea semnalarea precoce a oricărei anomalii survenite la nivelul sistemului respirator al pacientului. Sub imboldul lui Pierce şi al altor specialişti, societatea de anestezie a stabilit ca, pentru fiecare pacient supus anesteziei generale, să existe un standard oficial al utilizării ambelor tipuri de monitoare. În prezent, nu se mai semnalează, practic, nici un deces datorat deficienţelor de procedură din timpul anesteziei, precum conectarea greşită a sistemului de respiraţie sau intubarea esofagului în locul traheii. În decurs de un deceniu, rata globală de deces scăzuse la doar unul la peste două sute de mii de cazuri – ceea ce înseamnă mai puţin de a douăzecea parte din valoarea iniţială.

Iar reformatorii nu s-au oprit aici. David Gaba, profesor de anestezie la Stanford, a urmărit cu precădere îmbunătăţirea performanţei umane. În aviaţie, arată el, este recunoscut faptul că experienţa piloţilor are un rol inestimabil, dar nu e suficientă: ei nu se mai confruntă, la ora actuală, decât rareori cu defecţiuni serioase ale aparatului de zbor. Ei sunt obligaţi, aşadar, să efectueze, an de an, stagii de pregătire în cadrul simulatoarelor pentru situaţii de criză. De ce nu s-ar recurge şi în cazul doctorilor la o abordare similară?

Gaba era un medic specializat şi în domeniul ingineriei, care a lansat proiectul unui sistem de simulare a anesteziei, cunoscut sub numele de Eagle Patient Simulator. Este un manechin în mărime naturală, acţionat de un computer, capabil să mimeze într-o manieră foarte realistă comportamentul uman. Are un sistem circulator, o inimă ce pulsează şi plămâni care preiau oxigenul din aer şi elimină dioxid de carbon. Dacă i se injectează medicamente sau i se administrează anestezice gazoase, poate detecta tipul şi cantitatea preparatului

respectiv, iar frecvenţa cardiacă, tensiunea arterială şi valorile concentraţiei de oxigen se vor modifica în concordanţă cu intensitatea stimulului introdus în sistem. Este posibil ca „pacientul“ să dezvolte edem al căilor aeriene, hemoragii şi tulburări cardiace. Manechinul este întins pe o masă de operaţie, într-o sală de simulare dotată cu un echipament identic celui utilizat în practica medicală. Este cadrul în care atât rezidenţii, cât şi medicii curanţi învaţă cum să acţioneze în tot felul de scenarii ale unor situaţii periculoase, uneori de-a dreptul ieşite din comun: defectarea unui aparat pentru anestezie, o pană de curent, un bolnav care intră în stop cardiac în timpul intervenţiei chirurgicale şi chiar o pacientă care, în timpul unei operaţii cezariene, necesită traheotomie de urgenţă datorită închiderii căii aeriene.

Cu toate că anestezia ocupa, fără îndoială, prima poziţie în cursa dedicată analizării şi remedierii erorilor din „sistem“, există semne încurajatoare în acest sens şi în cadrul altor specialităţi medicale. American Medical Association (Asociaţia Medicală Americană), de pildă, a înfiinţat, în anul 1997, National Patient Safety Foundation (Fundaţia Naţională pentru Siguranţa Pacientului), iar Cooper şi Pierce au fost invitaţi să facă parte din comitetul ei de conducere. Fundaţia finanţează activitatea de cercetare, sponsorizează conferinţe şi încearcă să stabilească noi standarde pentru sistemele de emitere/primire a comenzilor de medicamente, ce pot reduce considerabil erorile legate de administrarea medicaţiei – singurul tip de greşeală medicală comisă cel mai frecvent.

Chiar şi în sfera chirurgiei au fost înregistrate unele progrese încurajatoare. De pildă, efectuarea unei operaţii greşite la nivelul unei părţi neafectate a organismului a constituit o eroare rar întâlnită, dar care s-a repetat. De obicei, sancţiunea aplicată în asemenea cazuri consta în concedierea medicului vinovat. În ultima vreme însă, spitalele şi chirurgii au

început să recunoască faptul că simetria bilaterală a corpului uman permite prefigurarea erorilor. În anul 1998, American Academy of Orthopedic Surgeons (Academia Americană a Chirurgilor Ortopezi) a recomandat o modalitate simplă de prevenire a unor astfel de greşeli: marcarea, înainte de intrarea pacientului în operaţie, a părţii corpului la nivelul căreia este prevăzut a se interveni chirurgical să devină o procedură standard în practica de specialitate.

Northern New England Cardiovascular Disease Study Group (Grupul Northern New England de studiu al bolilor cardiovasculare), cu sediul în Dartmouth, este un alt exemplu de succes profesional. Cu toate că nu se ocupă de investigaţiile detaliate cu privire la malpraxis, din categoria celor iniţiate de Jeffrey Cooper, grupul a arătat ce se poate face doar prin monitorizare statistică. Acest parteneriat, constituit din şase spitale, urmăreşte decesele şi alte consecinţe grave (de pildă, infectarea unei leziuni, hemoragiile necontrolate, accidentul vascular cerebral) datorate chirurgiei cardiace şi încearcă să identifice diferiţii factori de risc implicaţi. Cercetătorii din cadrul consorţiului au constatat, spre exemplu, existenţa unor valori relativ mari ale ratelor de deces în rândul pacienţilor la care, după operaţia de bypass, se instalase anemia. Problema fusese generată de soluţia folosită pentru „pregătirea“ dispozitivului inimă-plămâni*, fiindcă diluase sângele pacienţilor, iar efectul fusese cu atât mai puternic, cu cât talia acestora (şi, implicit, aportul de sânge) era mai mic(ă). La ora actuală, membrii consorţiului au mai multe alternative promiţătoare pentru rezolvarea unui atare inconvenient. Un alt studiu a sesizat faptul că un grup din cadrul unui spital făcuse greşeli legate de „pasarea“ responsabilităţii – să exemplificăm prin comunicarea rezultatelor preoperatorii personalului din sala de operaţie. Cercetătorii au rezolvat problema

---

* Pompă de oxigenare (n. tr.).

prin întocmirea unei liste de verificare pilot pentru toţi bolnavii aduşi în sala de operaţie. Demersurile menţionate au introdus un nivel mai ridicat de standardizare a procedurilor, fapt în măsură să determine, în perioada 1991–1996, scăderea ratei de deces în cele şase spitale de la 4 procente la 3 la sută, ceea ce însemna o reducere cu două sute nouăzeci şi trei a numărului de decese. Chiar şi în condiţiile în care sfera sa de interes şi arealul tehnicilor de lucru utilizate sunt strict specializate, grupul Northern New England pentru studiul bolilor cardiovasculare rămâne însă o excepţie; informaţiile de fond despre cauzele producerii erorilor în medicină sunt, şi în prezent, sporadice. Există un amalgam de date ce susţin posibila contribuţie a greşelilor latente şi a factorilor sistemici la apariţia erorilor din domeniul chirurgiei: lipsa unor protocoale standardizate, a experienţei chirurgilor şi a spitalelor, aplicarea unor tehnologii şi tehnici cu principii de funcţionare necorespunzătoare, deficitul de personal, stadiul precar de dezvoltare a spiritului de echipă, momentul zilei ales pentru efectuarea operaţiei, efectele sistemului de îngrijire a sănătăţii bazat pe controlul administrativ al costurilor serviciilor de asistenţă medicală primară şi cele ale medicinei „corporatiste“ şi aşa mai departe. Dar care sunt factorii de risc majori? Încă nu ştim. Chirurgia, ca şi majoritatea celorlalte specialităţi medicale, îşi aşteaptă propriul său Jeffrey Cooper.

Era o banală operaţie de colecist, într-o zi ca oricare alta: pacienta, o mamă în vârstă de patruzeci de ani, avea corpul acoperit cu câmpuri sterile din hârtie bleu, cu excepţia zonei rotunjite ombilicale, tamponată cu soluţie antiseptică. Vezicula biliară este un sac alungit, de lungimea unui deget, care conţine bila; are forma unui balon aplatizat, de culoare verde-măslinie şi este situată sub ficat; când în interiorul ei se dezvoltă calculi biliari, ca în cazul pacientei în cauză, pot

apărea pusee dureroase. Acestea urmau să dispară îndată după îndepărtarea colecistului.

O atare operaţie comportă unele riscuri, care erau, cândva, mult mai mari decât în prezent. Cu doar un deceniu în urmă, chirurgii erau nevoiţi să facă o incizie abdominală de aproximativ 15 cm, ceea ce impunea ca pacienţii să fie ţinuţi în spital circa o săptămână, în vederea recuperării post-operatorii. La ora actuală am învăţat să îndepărtăm colecistul cu ajutorul unei camere video miniaturale şi al unor instrumente pe care le manipulăm prin intermediul unor incizii fine. Operaţia respectivă, ce presupune adesea aplicarea tratamentului chirurgical pe parcursul unei singure zile lucrătoare*, este cunoscută sub denumirea de colecistectomie laparoscopică. În prezent, o jumătate de milion de americani suferă, anual, astfel de intervenţii chirurgicale; numai în cadrul spitalului în care lucrez sunt efectuate, în fiecare an, mai multe sute de colecistectomii laparoscopice.

Când medicul curant mi-a dat semnalul „începe", am făcut o incizie fină, semicirculară, de 2,5 cm, exact deasupra ombilicului. Am disecat apoi ţesutul adipos şi pe cel muscular, până am ajuns în interiorul abdomenului; am fixat un „trocar", lat de circa 0,6 cm, necesar pentru introducerea şi extragerea instrumentelor. Am racordat la intrarea laterală a trocarului un tub de gaz prin care am injectat dioxid de carbon; gazul a ridicat peretele abdominal, destinzându-l ca un cauciuc. Am inserat camera video miniaturală. Pe un monitor, aflat la o distanţă de cel mult un metru, a apărut imaginea intestinelor pacientei. Abdomenul fiind plin cu aer, aveam suficient spaţiu de manevră, aşa că am glisat camera spre ficat şi am văzut vezicula biliară.

---

* În terminologia anglo-saxonă *day surgery*, „chirurgie de o zi" (n. tr.).

Am introdus încă trei trocare, prin incizii şi mai mici decât cea anterioară, pe care le-am efectuat la distanţe egale una de alta, în formă de pătrat. Prin trocarele situate pe partea sa, medicul curant a introdus două instrumente lungi, numite pense – o versiune în miniatură a dispozitivului utilizat de vânzătorul unui raion de accesorii vestimentare pentru a da jos, de pe raftul cel mai de sus, o pălărie. Urmăream pe ecran întregul film operaţional: cum a ajuns sub marginea ficatului, cum a prins vezicula biliară şi a tracţionat-o în sus, la vedere. Eram pregătiţi să începem.

Îndepărtarea colecistului este destul de simplă. Se separă organul de pediculul cistic şi de sursa de alimentare cu sânge şi se trage „sacul“ afară din abdomen printr-o incizie efectuată în proximitatea ombilicului. Se evacuează dioxidul de carbon din cavitatea abdominală, se retrag trocarele, se suturează pielea pe locul inciziilor mici, se aplică bandaje adezive şi gata. Există totuşi un pericol iminent: pediculul cistic este o ramură extrahepatică a unicului canal prin care ficatul elimină bila în intestin, în vederea digestiei grăsimilor, iar în cazul în care medicul lezează canalul biliar principal, bila se întoarce în ficat, începând să-l distrugă. Aproximativ 10-20 de procente dintre bolnavii cărora li se întâmplă aşa ceva mor. La cei care supravieţuiesc se instalează adesea afectarea permanentă a ţesutului hepatic, singura lor şansă fiind transplantul de ficat. Într-un tratat se menţiona că „leziunile de la nivelul canalului biliar principal sunt generate, aproape întotdeauna, de incidentele intra-operatorii, ele dezonorând, prin urmare, profesia de medic chirurg“. Este o greşeală medicală indubitabilă şi, ca orice echipă chirurgicală implicată în efectuarea unei colecistectomii laparoscopice, eram ferm decişi să evităm o asemenea eroare.

Cu ajutorul unui instrument pentru disecţie, am îndepărtat straturile de ţesut fibros (alb) şi adipos (galben) ce acopereau

zona de inserţie a veziculei biliare. Acum îi puteam vedea zona gâtului şi cea care se îngusta, formând un duct – un tub, nu mai gros decât tulpina unei margarete, care abia se întrezărea din masa de ţesut, dar care, pe ecran, apărea mărit la dimensiunile unei ţevi. Apoi, ca să ne asigurăm că aveam în faţa ochilor canalul cistic, nu ductul biliar principal, am mai îndepărtat o porţiune de ţesut din zona respectivă. Am făcut atunci, ca de obicei, o scurtă pauză, ca să discut cu medicul curant aspectele anatomice. Gâtul colecistului făcea legătura direct cu tubul pe care-l vizualizam. Aşa că acela trebuia să fie ductul ce urma să fie secţionat. Deşi expusesem o porţiune destul de mare din el, tot nu vedeam deloc canalul biliar principal. Am convenit că totul părea că arată normal. „Dă-i drumul!“ m-a îndemnat medicul curant.

Am introdus uşor port-clipul, un instrument pentru fixarea strânsă a clipurilor metalice în formă de V pe orice suprafaţă. Am prins în obiectiv ductul şi, tocmai când eram pe punctul de-a „trage“, am zărit, pe ecran, o mică formaţiune rotundă, de grăsime, situată deasupra ductului. Nu părea să fie ceva ieşit din comun, dar parcă nu era tocmai în regulă. Am încercat s-o împing în lateral cu vârful port-clipului; în locul unei sfere de mici dimensiuni a apărut însă, deodată, un întreg strat de ţesut, iar sub el am văzut ductul, care avea o bifurcaţie. Am simţit că mi se opreşte inima. Dacă n-ar fi existat acel detaliu în plus, aş fi disecat canalul biliar principal.

A fost un exemplu de eroare medicală paradoxală. Dacă stăpânesc bine o tehnică operatorie de fineţe şi acordă o atenţie maximă tuturor detaliilor anatomice, chirurgii nu vor fi niciodată în situaţia de-a secţiona canalul biliar principal. Este o paradigmă a unei erori evitabile. În acelaşi timp, studiile arată că până şi cei mai experimentaţi specialişti provoacă un asemenea prejudiciu teribil o dată la circa două sute de colecistectomii laparoscopice. Cu alte cuvinte, poate că,

atunci, aş fi reuşit să evit producerea unui dezastru, dar tot s-ar fi găsit un statistician care să afirme că, oricât m-aş fi străduit, era aproape sigur că, de-a lungul carierei mele, voi comite o asemenea greşeală cel puţin o dată.

Nu înseamnă însă că nu mai e nimic de adăugat în această privinţă. Cel puţin aşa consideră experţii din domeniile psihologiei cognitive şi al erorilor din industrie. Aşa cum au demonstrat rezultatele studiilor pe care le-au efectuat în sfera anesteziei, este clar că ne putem îmbunătăţi considerabil performanţele profesionale analizând metodologia de lucru, nu oamenii care o utilizează. Dar, chiar dacă polul lor de interes îl reprezintă sistemele şi structurile, remediile valabile pentru aspectele industriale au nişte limite clare. Ar fi îngrozitor dacă fiecare dintre noi, cei care practicăm profesia medicală, am renunţa să mai credem în capacitatea de perfecţionare a fiinţei umane. Poate că, potrivit statisticilor, va veni o zi când voi secţiona canalul biliar principal al vreunui pacient, însă ori de câte ori efectuez o operaţie de colecist, nutresc convingerea că un efort de concentrare şi de voinţă mă vor ajuta să contrazic calculul probabilităţilor. Nu e doar vanitate profesională aici. Este o latură intrinsecă a medicinei de bună calitate, chiar şi în cadrul sistemelor cu o „optimizare“ ideală. Experienţele similare acelei colecistectomii laparoscopice m-au învăţat cât de uşor pot surveni erorile, dar mi-au arătat şi altceva: efortul propriu chiar contează, iar vigilenţa şi atenţia faţă de detaliile sesizate în ultimul moment te pot salva.

Aşa se explică adesea de ce mulţi doctori nu acceptă să vorbească despre „probleme de sistem“, „îmbunătăţirea continuă a calităţii“ şi despre „procesul de re-inginerie.“ Este limbajul convenţional utilizat în cazul structurilor, nu al oamenilor. Nici eu nu fac excepţie: şi eu simt nevoia să mi se recunoască autonomia; de pildă, cea mai recentă situaţie în care am greşit mă duce cu gândul înapoi, în acea noapte de vineri, când eram de gardă la urgenţă. Îmi revin în minte clipele când

stăteam aplecat, cu bisturiul în mână, peste trupul lui Louise Williams, cu buzele ei vinete-albăstrii şi gâtul umflat, însângerat, care a încetat brusc să mai comunice cu exteriorul. Un inginer de sistem mi-ar fi propus, probabil, câteva schimbări utile de tehnică. Poate trebuia să fi avut la îndemână un dispozitiv de aspirare de rezervă şi o sursă mai bună de lumină. Poate că instituţia ar fi trebuit să-mi asigure o pregătire mai temeinică pentru a face faţă unor asemenea situaţii de criză sau ar fi putut să-mi impună să exersez pe un număr mai mare de capre. Poate că, indiferent de împrejurări, traheotomiile sunt atât de dificile, încât era preferabil să fie proiectat un dispozitiv automatizat mai performant, care să permită evitarea unor astfel de erori.

Şi totuşi, chiar dacă probabilitatea unui succes era practic nulă, nu era o situaţie care mi-ar fi anulat şansa unei operaţii reuşite. A fi un chirurg bun înseamnă să-ţi exploatezi la maximum îndemânarea, iar eu am eşuat. Ceea ce nu poate fi contestat este faptul că nu am solicitat ajutor atunci când trebuia şi că nu am fost sigur pe mine atunci când am făcut incizia orizontală la nivelul gâtului. Doar norocul – al ei şi-al meu – a făcut ca dr. O'Connor să-i insereze cumva, la timp, un tub endotraheal.

Există tot felul de motive care ar justifica injusteţea suspendării licenţei mele de practică sau a deferirii cazului meu spre justiţie. Ele nu mă absolvă de greşeala comisă. În abordarea problematicii erorilor medicale, M & M are destule limitări, dar faptul că-şi susţine cu îndârjire principiile etice ale responsabilităţii personalului medical faţă de propriile erori constituie o calitate formidabilă. Indiferent ce măsuri s-ar lua, medicii greşesc uneori şi nu e deloc rezonabil să li se impună să atingă perfecţiunea. Este rezonabil, în schimb, să li se ceară să nu înceteze să aspire la îndeplinirea unui asemenea obiectiv.

Nouă mii de chirurgi

„Mergi la adunarea generală?“ m-a întrebat medicul curant.

„Eu?“ m-am mirat. Se referea la apropiata adunare generală organizată de American College of Surgeons (Colegiul American al Chirurgilor). Nici nu-mi trecuse vreodată prin minte că aş fi putut să particip şi eu.

Adunările generale sunt evenimente foarte importante în medicină. Părinţii mei au fost participanţi fideli, vreme de treizeci de ani, la întrunirile colegiilor cu specialitatea fiecăruia dintre ei, şi mi-am adus aminte, destul de vag, din cele câteva ocazii în care, copil fiind, m-au luat cu ei, cât de multă lume era acolo şi ce grandioasă mi se părea atmosfera. Mă obişnuisem să văd cum, pe la jumătatea lui octombrie, când toţi chirurgii îşi făceau bagajele ca să participe în masă la reuniunea lor anuală, în timp ce noi, rezidenţii, rămâneam pe loc, alături de o mână de medici curanţi mai lipsiţi de noroc (de regulă, dintre cei mai tineri), ca să asigurăm îngrijirea pacienţilor cu traumatisme şi a altor cazuri urgente care apăreau în permanenţă. O bună parte din timpul petrecut în spital se stătea în incinta destinată rezidenţilor – o vizuină întunecoasă şi umedă, dotată cu o mochetă ternă, maro, pe jos, o canapea dărăpănată, o râşniţă stricată, ambalaje goale de apă minerală şi două televizoare –, în faţa singurului televizor în stare de funcţionare, urmărind finala etapei de baseball şi savurând mâncare chinezească adusă la comandă.

În fiecare an însă, mai mulţi rezidenţi din anul terminal de pregătire aveau posibilitatea să se alăture participanţilor la importantul eveniment. Iar în anul şase mi s-a comunicat şi mie că ajunsesem la stadiul de instruire care-mi permitea să fiu şi eu unul dintre cei aleşi. Spitalul avea o mică rezervă de fonduri alocate pentru decontarea deplasării. În numai câteva zile aveam deja bilet de avion spre Chicago, rezervare la Hyatt Regency şi ecuson de participare la cea de-a optzeci şi şasea ediţie a Clinical Congress of Surgeons (Congresul de Chirurgie). Abia când, instalat într-un Boeing 737, survolam regiunea statului New Hampshire, la o altitudine de cinci mii de metri înălţime, lăsându-mi soţia acasă să aibă singură grijă de cei trei copii ai noştri, am început să mă gândesc, în sfârşit, care sunt, în fond, motivele participării la asemenea evenimente.

Ajuns la impresionantul sediu al congresului, McCormick Place, din Chicago, am constatat că nu eram decât unul dintre cei nouă mii trei sute doisprezece participanţi. (Evidenţa zilnică a noilor sosiţi era prezentată prompt în ziarul cotidian editat de organizatori.) Clădirea avea o arhitectură asemănătoare cu cea a terminalului unui aeroport şi îţi crea sentimentul că te afli în Penn Station* la o oră de vârf. Am urcat cu liftul până la un nivel situat deasupra holului principal şi am aruncat o privire asupra întregului loc. Am avut senzaţia că în acea clădire erau adunaţi la un loc, ca să discute despre chirurgie, tot atâţia oameni câţi trăiau în toate oraşele din Ohio pe vremea copilăriei mele. Doctorii – în majoritatea lor bărbaţi, cel mai frecvent de vârstă mijlocie, fără o ţinută prea elegantă, cu sacouri bleumarin, cămăşi uşor şifonate

---

* Pennsylvania Station, cunoscută sub denumirea prescurtată de Penn Station, este principala staţie de cale ferată intercity şi cel mai important nod feroviar din New York City (n. tr.).

şi cravate standard – erau angajaţi în conversaţii, în grupuri de câte două-trei persoane, împărţind în stânga şi-n dreapta zâmbete, strângeri de mâini, saluturi. Aproape toţi purtau ochelari şi aveau o alură uşor încovoiată, ca şi când ar fi stat aplecaţi deasupra mesei de operaţie. Unii stăteau singuri, răsfoindu-şi pliantele cu programul reuniunii, ca să decidă ce să vadă şi ce să facă mai întâi.

Fiecăruia dintre noi i se dăduse, la sosire, o broşură cu trei sute optzeci şi opt de pagini unde erau prezentate manifestările la care puteam participa – începând cu un curs, programat chiar în acea dimineaţă, despre tehnica modernă a prelevării biopsiilor de ţesut mamar sub ghidaj imagistic, la raportul oficial al comisiei, din cea de-a şasea şi ultima zi, intitulat „Tratamentul ambulatoriu al patologiei anorectale – Ce perspective avem?“ În cele din urmă, m-am aşezat şi eu undeva, trecând în revistă broşura, pagină cu pagină, şi încercuind cu un pix albastru tot ceea ce-mi atrăgea atenţia. Ajunsesem la concluzia că era locul în care puteau fi aflate ultimele noutăţi în domeniu – un context aproape ideal pentru deprinderea celor mai performante abordări –, aşa că am considerat că aveam chiar obligaţia de-a participa la cât mai multe prezentări. Numai în prima dimineaţă am avut de ales din peste douăzeci de programe ce păreau foarte instructive. Am stat în cumpănă dacă să merg la o conferinţă despre metodologia cea mai adecvată de disecare a gâtului sau o sesiune de comunicări despre stadiul actual al abordării terapeutice a plăgilor craniene prin împuşcare, dar în final, am decis să particip la o masă rotundă pe tema metodologiei optime de corectare a herniilor inghinale.

Am ajuns devreme, însă cele o mie cinci sute de locuri ale sălii erau toate ocupate. Herniile constituiau un pol de interes general. M-am alăturat unui grup care stătea în picioare, de-a lungul peretelui din fundul sălii. Vedeam cu greutate

podiumul din față, însă pe un ecran video uriaş erau proiectate prim-planuri ale fiecăruia dintre vorbitori. Au luat cuvântul, succesiv, unsprezece chirurgi, care şi-au prezentat expunerile în Powerpoint şi au comentat datele.

Cercetările noastre indică, a spus cel dintâi vorbitor, că metoda Lichtenstein este cea mai sigură modalitate de corectare a herniilor. Nu, a replicat al doilea, metoda Lichtenstein este neadecvată; tehnica Shouldice s-a dovedit a fi superioară. A ieşit atunci la rampă cel de-al treilea chirurg: Nici unul dintre voi n-are dreptate – ar trebui să fie aplicată laparoscopia. S-a ridicat în acel moment şi un alt specialist: abordarea mea e şi mai bună – folosesc un dispozitiv special, iar întâmplarea face să fiu chiar eu autorul patentului. Aşa au decurs lucrurile timp de două ore şi jumătate. Din când în când, spiritele se înfierbântau. Dinspre audienţă erau trimise întrebări săgetătoare. Şi nu se ajungea la nici un răspuns. Cu toate acestea, la sfârşit, sala era la fel de plină ca la început.

După-amiază am intrat la programul de filme. Organizatorii amenajaseră trei săli de proiecţie a câte trei sau patru sute de locuri, pentru difuzarea, pe tot parcursul zilei, pe întreaga durată a congresului, a unor imagini filmate în timpul unor operaţii reale. Am intrat şi eu într-o astfel de sală şi am fost pe dată captivat de ceea ce vedeam. Am văzut operaţii îndrăzneţe, operaţii simplificate, operaţii simple, dar ingenioase. Primul film pe care l-am prins rulând era de la Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Centrul de Oncologie Memorial Sloan Kettering) din Manhattan. Începea cu focalizarea asupra cavităţii abdominale a unui pacient. Chirurgul, a cărui prezenţă era sugerată doar prin imaginea mâinilor acoperite de o pereche de mănuşi însângerate, încerca să efectueze o intervenţie extrem de dificilă şi periculoasă – excizarea unui cancer ce afecta coada pancreasului bolnavului. Tumora era situată profund, într-un spaţiu marcat de anse intestinale, o

rețea dantelată de vase de sânge, stomac și splină. Dar medicul lăsa impresia că extirparea ei nu era decât o joacă. A tras cu o mișcare rapidă vasele fragile și a disecat o porțiune de țesut de ordinul milimetrilor din organele vitale. Ne-a arătat apoi câteva trucuri ca să evităm eventualele neplăceri, iar în imaginea următoare avea deja pe tavă o jumătate din pancreas.

Într-un alt film, o echipă din Strasbourg, Franța, a excizat un cancer de colon situat într-un plan profund al regiunii pelviene a unei paciente, după care a reconectat cele două capete ale intestinului exclusiv prin abord laparoscopic – prin mici incizii, care n-au necesitat decât aplicarea unor bandaje adezive de tip Band-Aids. Medicii aceia făcuseră o ispravă uluitoare, un adevărat număr de iluzionism demn de faima lui Houdini – ca și când ar fi încercat să scoată dintr-o sticlă macheta unei nave și să modeleze în locul ei, numai cu ajutorul unor bețe de lemn chinezești, un vehicul cu motor funcțional. Audiența rămăsese fascinată de ceea ce văzuse.

Cel mai elegant clip a fost însă cel oferit de un chirurg din Houston, Texas, care a dezvăluit secretele procedurii de corectare a unei deformații a esofagului, cunoscută sub denumirea de diverticul Zenker. O asemenea intervenție implică, de obicei, o durată operatorie de minimum o oră și o incizie pe partea laterală a gâtului. În filmul prezentat însă, chirurgul a reușit s-o efectueze în numai cincisprezece minute, prin orificiul bucal, fără nici un fel de incizie. Am zăbovit în sala de proiecție vreme de aproape patru ore. Iar când s-au aprins luminile, am ieșit afară tăcut, clipind des, ca să mă acomodez din nou cu lumina zilei, și copleșit de impresii.

Secțiunile clinice erau programate, în fiecare zi, până la ora 22:30 și păreau că vor decurge toate într-o notă similară primelor două la care participasem – îmbinând pedanteria cu sublimul, banalul cu excepționalul. Era însă greu de

estimat dacă întregul congres fusese prevăzut să includă cu precădere astfel de programe. Se putea sesiza destul de repede faptul că o reuniune de asemenea proporţii avea, în aceeaşi măsură, o latură comercială şi una academică. Reclamele ce promovau, în premieră absolută, noutăţi tehnice nemaipomenite – un dispozitiv pentru sutura ţesuturilor care nu necesită copci, un instrument ce funcţionează pe bază de fibră optică şi permite o vizualizare tridimensională – rulau zi şi noapte pe ecranul televizorului din camera mea de hotel, ba chiar şi pe cel amplasat în autobuzul care efectua transportul la şi de la centrul de conferinţe. Companiile de medicamente şi cele de aparatură medicală ofereau zilnic invitaţii gratuite la o cină târzie în oraş. Şi erau prezenţi la eveniment peste cinci mii trei sute de agenţi de vânzări de la vreo mie două sute de companii participante – astfel că raportul dintre agenţii de vânzări şi chirurgi era de peste unul la doi.

Piesa de rezistenţă a activităţii lor o constituia un hol ce găzduia o bogată „expoziţie tehnică“, de dimensiunile unui teren de fotbal, în care îşi instalaseră standuri pentru expunerea obiectelor promovate. Termenul de „stand“ nu e deloc adecvat pentru a reda conceptul acelor firme. Erau, de fapt, două chioşcuri înalte de două etaje, cu spoturi luminoase, dispuse pe cadre din inox, destinate prezentărilor multimedia – una dintre companii amenajase chiar un bloc operator complet. Chirurgii sunt oameni care cumpără foarfece de două sute de dolari bucata, depărtătoare abdominale în valoare de şaisprezece mii de dolari şi mese de operaţie de cincizeci de mii de dolari. Aşa că procesul de seducţie poate avea un ritm intens şi o evoluţie minuţios urmărită.

Era, în acelaşi timp, inevitabil. Organizatorii congresului le puseseră la dispoziţie – sau, mai precis, le vânduseră – agenţilor de vânzări cel mai bun amplasament din incinta centrului: spaţiul lor expoziţional era situat lângă biroul pentru recepţia

participanţilor, ceea ce-i conferea un dublu avantaj: sărea imediat în ochii fiecărui nou-venit şi constituia singura noastră cale de acces către sălile de postere ştiinţifice. Trecând şi eu pe-acolo, în după-amiaza următoare, ca să vizitez o expoziţie de biologie moleculară, n-am reuşit defel să ajung până în capătul celălalt. La fiece pas dădeai cu ochii de ceva pentru care merita să te opreşti.

Uneori erau doar nişte obiecte de duzină, gratuite. Erau oferite gratis mingi de golf, stilouri, markere, căşti de baseball, suporturi de mouse, acadele – toate aveau înscrise pe ele, desigur, marca firmei care-şi făcea reclamă şi erau înmânate celor interesaţi odată cu discursul de rigoare şi cu o broşură referitoare la vreo nouă tehnologie promovată de compania respectivă. Veţi fi tentaţi să credeţi, poate, că chirurgii cu salarii de şase cifre sunt insensibili faţă de un asemenea tip de „mită" neînsemnată. V-aţi înşela însă. Un producător de medicamente, de pildă, ce părea să aibă unul dintre cele mai intens solicitate standuri din zonă, împărţea în stânga şi-n dreapta pungi promoţionale de proporţii generoase, pe a căror lungime era inscripţionată, cu litere mari, albastre, denumirea medicamentului lansat în cadrul acelei campanii. Doctorii s-au aşezat la coadă ca să capete câte o pungă, chiar şi dacă pentru asta erau nevoiţi să-şi lase numărul de telefon şi adresa, animaţi fiind doar de dorinţa de-a obţine ceva în care puteau să-şi ţină obiectele promoţionale adunate de peste tot. (Mi s-a întâmplat să aud totuşi cum un medic comenta, nemulţumit, că actualele oferte gratuite nu erau la fel de tentante precum cele din anul precedent. Spunea că, odată, căpătase o pereche de ochelari de soare.)

Uneori, companiile utilizau pentru a-i atrage pe chirurgi metode subliminale şi mai subtile – de pildă, „decorarea" unui stand cu trei tinere surâzătoare. „Ne-aţi văzut pielea?" mi s-a adresat, cu o voce vaporoasă şi suavă, o brunetă cu

picioare lungi şi gene lungi, întoarse. Se referea la noua gamă de piele artificială, produsă de compania pe care o reprezenta, pentru pacienţii cu arsuri, dar cum aş fi putut să-i rezist? Mi-aduc aminte doar că m-am trezit încercând să apuc cu o pensă o fâşie de piele artificială, albă, aproape translucidă, aflată într-un vas Petri (o bucată costa nouăzeci şi cinci de dolari), şi gândind în sinea mea: „De fapt, chestia asta e destul de bine executată."

Companiile aplicau însă cu maximum de eficienţă o tactică simplă, care consta în etalarea propriilor produse şi lăsarea lor la dispoziţia chirurgilor. Agenţii de vânzări scoteau la vedere o tavă cu carne crudă, pentru a-şi lansa cea mai recentă ofertă, iar noi ne îngrămădeam în jurul lor ca un stol de ciori. În acea după amiază am fost amăgit de un curcan proaspăt, cu pielea aurie, de vreo şase kilograme, ce trona pe o tavă de prăjituri (cost aproximativ: cincisprezece dolari) şi de o gamă de bisturie armonice (cost: circa cincisprezece mii de dolari) – bisturie electronice pe bază de ultrasunete. Instalat în dreptul unui paravan de sticlă, am avut, preţ de zece minute, fericitul prilej de-a diseca straturile de piele şi muşchi de curcan, ridicând porţiuni subţiri sau groase de ţesut, experimentând incizii complicate şi testând diferitele modele. La un alt stand, mi-am pus o pereche de mănuşi chirurgicale şi am încercat să închid, cu ajutorul unui nou tip de fir de sutură în valoare de cincizeci de dolari metrul, incizia executată pe o bucată de carne de pui. Eram aşa de încântat că pot să exersez diverse tehnici de sutură, încât cred c-aş mai fi stat vreo jumătate de oră dacă n-ar fi fost la rând, aşteptând să treacă în locul meu, încă patru chirurgi. În cursul după-amiezii am cauterizat incizii efectuate pe calea clasică a bisturiului rece, am utilizat cel mai performant echipament laparoscopic pentru îndepărtarea „pietrelor la vezica biliară" din abdomenul unui manechin şi am folosit un dispozitiv

automat de sutură pentru închiderea unei plăgi de la nivelul unei bucăţi de piele cu un aspect ciudat, a cărei origine era mai greu de identificat. (Atitudinea rezervată a agentului de vânzare – cam timid – m-a împiedicat să aflu ce proveniență avea.)

Abandonând definitiv ideea de-a mai face şi altceva în acea zi, am localizat un grup masiv de vreo cincizeci de chirurgi îngrămădiţi în preajma unui ecran de proiecţie şi a unui bărbat îmbrăcat în costum şi dotat cu o cască cu microfon. M-am apropiat ca să aflu ce anume putea să capteze interesul atâtor oameni şi am văzut că urmăreau cu toţii, în direct, filmul unei operaţii practicate undeva, în Pennsylvania se pare, în scopul excizării unei formaţiuni hemoroidale interne cu prolaps, de mari dimensiuni. Producătorul promova un nou model de dispozitiv (cu un cost de două sute cincizeci de dolari) care pretindea că scurtează durata obişnuită a procedurii de la o jumătate de oră la mai puţin de cinci minute. MC-ul* prelua întrebările puse de public, interceptate prin casca microfonului, şi le adresa chirurgului aflat la o distanţă de câteva mii de mile.

„Acum faceţi o sutură în bursă?“ a întrebat MC-ul.

„Da“, a răspuns chirurgul. „Fac o sutură în bursă în cinci sau şase puncte, la o distanţă de doi centimetri de la baza hemoroizilor.“

Apoi a îndreptat dispozitivul spre cameră. Era alb, strălucitor, încântător. Eram cu toţii extaziaţi, aşa că nimeni n-ar mai fi dat curs dorinţei, nobile de altfel, de-a verifica dacă existau, într-adevăr, date concludente cu privire la utilitatea, eficienţa şi precizia noii tehnologii.

---

* Master of Ceremony, maestrul de ceremonii – operatorul de la pupitrul de comandă (n. tr.).

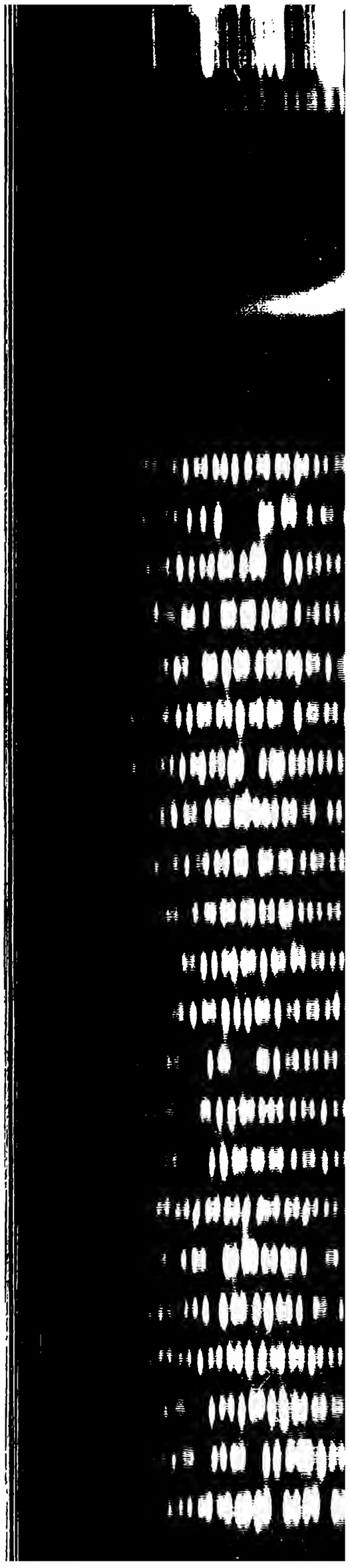
După ce s-a încheiat spectacolul, am observat, la numai câţiva paşi de mine, un bărbat cu un aer abătut şi faţa ciupită de vărsat, îmbrăcat într-un costum mototolit, care stătea stingher în dreptul unui stand metalic. Lumea trecea pe lângă el fără să-şi abată nici măcar pentru o clipă privirea spre ceea ce avea de oferit. Standul lui nu era dotat nici cu ecrane video, nici cu ancadramente din inox ori cu *tee*-uri de golf inscripţionate, gratuite – nu exista decât un marcaj simplu, scris la calculator, pe o foaie de hârtie fără antet (pe care scria doar „Scientia") şi câteva sute de cărţi vechi de chirurgie. Cuprins de compasiune, m-am oprit să le răsfoiesc şi-am rămas surprins de ofertă. Avea, de exemplu, varianta originală a celor 1 867 de articole ale lui Joseph Lister, în care acesta îşi prezenta în detaliu propria metodă, revoluţionară, de utilizare a unui antiseptic de uz general în chirurgie. Mai avea prima ediţie, din anul 1924, a colecţiei de lucrări ştiinţifice ale marelui chirurg William Halsted, precum şi versiunea originală a volumului de rezumate al primei conferinţe mondiale pe tema transplantului de organe, din 1955. Avea, de asemenea, un catalog de instrumente chirurgicale din 1899, un tratat de chirurgie de acum două secole şi o reproducere completă a unui text medical al lui Maimonides. Avea până şi jurnalul unui chirurg înrolat în Armata Unionistă din Războiul Civil american, apărut în 1863. Dădusem peste un adevărat tezaur, ascuns privirilor printre lăzile şi rafturile acelea; mi-am petrecut tot restul după-amiezii cufundat în lectură.

Pe măsură ce răsfoiam paginile îngălbenite şi fragile, căpătam sentimentul că descoperisem o oază de puritate. Pe toată perioada desfăşurării congresului – mai ales când mă aflam în zona comercială, dar şi în sălile de conferinţe – m-am surprins stând tot timpul cu garda pusă, atent la orice posibilitate de-a fi luat pe sus, de cineva. Existau, fără îndoială, şi medicamente, instrumente ori echipamente noi de o certă

şi reală valoare. Era însă greu să le identifici într-o asemenea atmosferă regizată, chiar opulentă. Mi-am dat seama că standul acelui anticar era, realmente, demn de toată preţuirea.

Mai era un loc unde puteai avea certitudinea că vei găsi lucruri deosebit de interesante. La o distanţă apreciabilă de holurile principale – unde aveau loc proiecţiile de filme, demonstraţiile practice şi vânătoarea agenţilor de vânzare – se afla un grup restrâns de săli de şedinţă, unde erau organizate „Forumurile de Chirurgie". Manifestările respective reuneau, zilnic, cercetători din cele mai diverse domenii, care-şi prezentau activitatea curentă. Era abordată o paletă largă de subiecte, de la genetică la imunologie, fizică ori statistici populaţionale. Dezbaterile implicau un număr mic de participanţi, iar nivelul celor mai multe dintre ele mă depăşea: în zilele noastre, nici măcar terminologia de bază utilizată în domeniile respective nu poate fi înţeleasă aşa cum se cuvine. Asistând la discuţiile dintre oamenii de ştiinţă, mi-am făcut totuşi o idee despre stadiul actual al cunoştinţelor de specialitate, ca şi despre perspectiva frontierelor ce puteau fi atinse.

Unul dintre subiectele intens dezbătute în acel an era ingineria tisulară, o direcţie de cercetare ce viza înţelegerea mecanismelor de dezvoltare a organelor şi utilizarea, într-un viitor apropiat, a cunoştinţelor astfel dobândite pentru biosinteza unor noi organe, ce le-ar putea înlocui pe cele lezate sau bolnave. Era foarte clar că progresele înregistrate aveau un ritm surprinzător de rapid. Cu doi ani în urmă, toate ziarele înfăţişau imagini ale faimoasei urechi sintetizate într-un vas Petri şi implantate, ulterior, pe spatele unui şoarece. Structurile mai complexe însă – şi, cu siguranţă, studiile clinice pe subiecţi umani – păreau, atunci, obiective îndepărtate, estimate a fi atinse, cel mai devreme, abia în circa zece ani. Acum însă, oamenii de ştiinţă prezentau fotografii de valve cardiace,



de vase sangvine de diverse lungimi şi de segmente de intestin sintetizate în propriile lor laboratoare. Discuţiile nu mai erau centrate pe problemele de metodologie, ci pe aspecte legate de îmbunătăţirea acesteia. Valvele cardiace, de pildă, se comportau excelent când erau grefate într-un cord de porc, dar nu aveau o durată corespunzătoare utilizării lor la oameni. La fel stăteau lucrurile şi în cazul segmentelor de intestin – transplantate în organismul unui şoarece, se dovedeau a se adapta uimitor de bine, în timp ce la om nu aveau o capacitate adecvată de absorbţie a factorilor nutritivi, aşa încât se impunea găsirea unor soluţii optime pentru sintetizarea unor astfel de grefe de dimensiuni mari (exprimate în metri, nu în centimetri). De altfel, cercetările unei echipe din cadrul Spitalului Cedars-Sinai din Los Angeles au ajuns la stadiul de experimentare, pe subiecţi umani, a unui ficat obţinut prin tehnici de bioinginerie.

Oamenii de ştiinţă au prezentat date obţinute de la primii doisprezece pacienţi ai lor. Fiecare dintre ei ajunsese în faza cea mai avansată a deteriorării ficatului, cea de insuficienţă hepatică, stadiu în care decedau, de regulă, 90 de procente dintre bolnavii aflaţi pe lista celor ce aşteptau un transplant. Conform opiniei exprimate de cercetători, utilizarea organului obţinut prin bioinginerie le permitea însă tuturor să supravieţuiască până la momentul găsirii unui donator – în multe cazuri, cel puţin zece zile, ceea ce era o realizare fără precedent. Şi mai remarcabil era faptul că patru pacienţi care ajunseseră în stadiul final, al insuficienţei de organ, datorită supradozării medicamentoase, n-au mai avut nevoie de transplant. Ficatul artificial funcţionase, în cazul fiecăruia dintre ei, un timp suficient de îndelungat ca să le asigure recuperarea şi regenerarea integrală a funcţiei hepatice proprii. În timp ce ascultam prezentările, mă cuprinsese o stare de beatitudine, dându-mi seama ce putuseră să facă acei doctori.

Şi-am început să mă-ntreb dacă acelaşi sentiment îl vor fi trăit şi colegii lui Joseph Lister, de la Royal College of Surgeons (Colegiul Regal al Chirurgilor), în momentul când, acum aproape un secol şi jumătate, îşi prezenta, pentru prima oară, rezultatele cercetărilor referitoare la antiseptice.

Oare ce anume îi îndemnase pe chirurgi să vină cu miile într-o urbe supraaglomerată ca Chicago, unde cu greu se mai putea găsi un loc de cazare? Dorinţa de-a dobândi noi cunoştinţe teoretice şi practice, spectacolul publicitar, cercetarea? Oraşul găzduia, în aceeaşi perioadă, şi un alt congres: Congresul Mondial de Relaţii Publice, „reuniunea anuală a specialiştilor în domeniul relaţiilor publice din întreaga lume". (Tema era: „Să ne consolidăm talentul într-o lume a competiţiilor dure".) Şi evenimentul respectiv se bucura de o aceeaşi participare masivă. Hotelurile erau pline deopotrivă de chirurgi şi de specialişti în relaţii publice (PR – Public Relations). Până şi structura programelor noastre era aproape identică. Şi ei, ca şi noi, aveau o mulţime de sesiuni educaţionale – workshopuri dedicate managementului crizei din sfera relaţiilor publice pe Internet şi iniţierii propriei firme de PR, sau o conferinţă intitulată „Imperativul conferinţei: Un instrument cost-eficienţă pentru abordarea ţintită a clienţilor şi a presei". Şi ei alocaseră o zi întreagă pentru prezentarea rezultatelor activităţii de cercetare. Aveau reclame peste tot, iar holul de la intrare era plin de expozanţi care reprezentau diverse firme de PR, servicii mediatice şi producători de faxuri ultraperformante. Săptămâna lor s-a încheiat, ca şi a noastră, cu prelegerea rostită de o semicelebritate în domeniu. Elementele componente ale celor două congrese aveau similitudini atât de izbitoare, încât erai nevoit să te gândeşti că ele constituiseră principalul punct de atracţie. Cu toate acestea, când am vizitat, de curiozitate, sediul congresului vecin, am

constatat că sălile lor de şedinţe nu erau decât cel mult pe jumătate pline, iar cei care trebuiau să fie înăuntru se aflau pe holuri. Până şi în cadrul congresului nostru se putea percepe acel entuziasm faţă de însuşirea rapidă a unor informaţii din domenii cvasinecunoscute. Către mijlocul săptămânii nu mai era o problemă să găseşti un loc liber la prelegeri. Iar dintre cei care luau parte la ele, o mare parte fie moţăia, fie pleca înainte de final ca să colinde coridoarele.

În accepţiunea antropologului Lawrence Cohen, conferinţele şi congresele nu constituie neapărat nişte evenimente academice, ele având, mai degrabă, aerul unor carnavaluri – „evenimente de proporţii impresionante, în care caracterul ştiinţific al programelor este pus în umbă de strategiile profesionale, de statutul ritualic al arealului specific fiecărei discipline în parte, de ambiguităţile sexuale, de turism şi comerţ, de rivalităţile personale şi naţionale, de cultivarea şi încurajarea afinităţilor profesionale şi de supradimensionarea discursurilor“. Cu siguranţă, o asemenea caracterizare pare a fi potrivită şi în cazul chirurgiei. La scurt timp după începerea congresului, era uşor de sesizat faptul că unii veniseră numai ca să fie văzuţi, iar alţii, doar ca să-şi facă remarcat numele; mai exista, desigur, şi categoria celor animaţi de dorinţa de-a savura întregul spectacol. Şi aveau ce vedea: lupte aprige pentru obţinerea unei poziţii de conducere (erau aleşi, de fiecare dată, un nou preşedinte şi un nou prezidiu) şi întâlniri confidenţiale ale „aristocraţiei“ medicale; reuniuni organizate cu ocazia terminării rezidenţiatului; cine seara târziu la Spago* şi, cum altfel, poveşti de dragoste.

Chiar dacă asta era realitatea, fiecare dintre cei prezenţi la un astfel de eveniment era conştient de faptul că, dincolo

---

* Restaurant de lux din Beverly Hills, frecventat de stelele de cinema (n. tr.).

de aerul lui de carnaval, exista o mizã mai profundă. Că aşa stăteau lucrurile o demonstra, de pildă, chiar atmosfera din autobuzele de cursă lungă ce ne facilitau, zilnic, transportul între sediul congresului şi hotelurile unde eram cazaţi. (Semănau cu cele care deservesc cursele Greyhound către Atlantic City, doar că ale noastre erau dotate cu minitelevizoare ce difuzau reclame la „Fermoarul Chirurgical".) Stăteam unii lângă alţii, fără să ne cunoaştem între noi – nu mi s-a întâmplat niciodată să văd o figură cunoscută în vreunul dintre acele autobuze; dar dac-am fi fost priviţi, n-am fi dat deloc impresia că eram doar nişte străini. Să ne gândim, de pildă, la simplul fapt al ocupării locurilor într-un mijloc de transport. În mod obişnuit, oamenii care călătoresc cu autobuzul, cu avionul sau cu trenul se împrăştie de la un capăt la altul al vehiculului aidoma polilor unui magnet, păstrând acea distanţă impersonală între doi necunoscuţi şi stând pe aceeaşi banchetă numai dacă nu au de-ales. În autobuzele noastre însă, ne-am pomenit că preferam să ne aşezăm unul lângă altul chiar dacă existau şi locuri goale. Se renunţase cumva, tacit, la convenţiile sociale. Într-un autobuz oarecare, din reţeaua de transport în comun a oraşului Chicago, ai fi simţit un soi de ameninţare fizică dacă ai fi văzut că un străin se postează alături de tine, deşi trei sferturi dintre locurile disponibile erau goale. În cazul nostru, dimpotrivă, mult mai stingher ar fi fost cel care ar fi decis să stea deoparte. Erai printre ai tăi, aveai sentimentul că eşti legat de ei, deşi nu cunoşteai personal pe nimeni. Simţeai nevoia să-i saluţi. Şi, într-adevăr, ar fi fost nepolitios să nu procedezi aşa.

Într-o zi, m-am aşezat lângă un bărbat de vreo patruzeci şi ceva de ani, care purta un sacou şi o cămaşă deschisă la gât. Am intrat repede în vorbă unul cu celălalt. Am aflat că era dintr-un oraş cu trei mii cinci sute de locuitori, situat în extremitatea nordică a peninsulei Michigan, unde practica,

alături de singurul coleg de breaslă din zonă, chirurgia generală, deservind populaţia de pe o rază de circa 100 de kilometri. Doar ei amândoi se ocupau de toate cazurile, de la accidentele rutiere la ulcerele perforate, operaţiile de apendicită, cancerele de colon ori cele de sân, ba asistau chiar şi naşterile în urgenţă. Mi-a spus că se stabilise acolo acum aproape douăzeci de ani şi, exact ca părinţii mei, era originar din India. M-a impresionat faptul că învăţase să se adapteze la condiţiile de iarnă. I-am povestit şi eu cum deciseseră ai mei, cu vreo trei decenii în urmă, unde să-şi practice meseria – aveau de optat între Athens, Ohio, şi Hanock, Michigan, situat în regiunea superioară a peninsulei. S-au îmbarcat într-un aeroplan şi au pornit spre Hanock; când au ajuns, pe la jumătatea lui noiembrie, străzile oraşului erau acoperite de un strat gros de zăpadă. După ce a coborât din avion în sariul cu care era îmbrăcată, mama a şters imediat acel loc de pe lista de opţiuni şi a ales Athens, chiar dacă încă nu ştia cum arată. Colegul meu de banchetă a izbucnit în râs şi mi-a zis care e părerea locuitorilor din nordul extrem despre vremea din regiune: „Ei, nu-i chiar aşa de rău.“ Conversaţia noastră a deviat apoi, de la vreme, la alte subiecte, precum cel al copiilor noştri, al rezidenţiatului meu şi al rezidenţiatului lui, la o componentă a echipamentului laparoscopic pe care o văzuse şi pe care se gândea s-o achiziţioneze. Se discuta cu însufleţire în tot autobuzul. Unii vorbeau despre baseball (era în plină desfăşurare campionatul Mets-Yankees Subway), alţii despre politică (Gore *versus* Bush), iar alţii despre moralul chirurgilor (ridicat sau scăzut). În timpul călătoriilor cu autobuzul, din acea săptămână, am făcut schimb de impresii, referitoare la cazurile de traumatism de care ne ocupaserăm cu un specialist în chirurgie generală din Sleep Eye, Minnesota, am aflat câte ceva despre spitalele chinezeşti de la un chirurg vascular cu accent britanic din Hong Kong, am discutat despre autopsii

cu şeful catedrei de chirurgie a Universităţii din Virginia şi am primit recomandările unui rezident din Cleveland cu privire la filme.

Asta este ceea ce, în limbajul celor specializaţi în relaţii publice, se numeşte comunicare. Termenul nu reflectă însă dorinţa mistuitoare a doctorilor din acele autobuze, ca şi a tuturor celor sosiţi la congres, de a stabili legături unii cu alţii, de-a împărtăşi sentimentul apartenenţei la aceeaşi breaslă. Poate că participarea fiecăruia dintre noi a fost dictată de raţiuni practice: aflarea unor concepte noi, deprinderea unor proceduri moderne, vânarea unui statut profesional mai bun, desprinderea de rutina interminabilelor responsabilităţi zilnice. În final însă, aşa cum aveam să-mi dau seama, ceea ce ne atrăgea era altceva, mai important şi, într-o oarecare măsură, mai percutant.

Medicii aparţin unei lumi insulare – o lume a hemoragiilor, a testelor de laborator şi-a oamenilor sfârtecaţi. Suntem, momentan, acea mână de oameni sănătoşi care trăiesc printre bolnavi. Şi e uşor să te înstrăinezi, treptat, de trăirile cotidiene ale oamenilor şi, uneori, chiar de valorile lor. E o lume impenetrabilă până şi pentru familiile noastre. Poate că seamănă, în unele privinţe, cu viaţa atleţilor, a soldaţilor, a muzicienilor profesionişti. Spre deosebire de ei însă, noi nu suntem doar izolaţi, ci şi singuri. Odată ce ai terminat rezidenţiatul şi te-ai stabilit în Sleepy Eye ori în nordul peninsulei Michigan sau chiar în Manhattan, numărul mare de pacienţi şi faptul că lucrezi singur te rup de toţi cei care ştiu cu-adevărat ce înseamnă să faci rezecţia unei tumori canceroase de la nivelul stomacului ori să-ţi pierzi pacienta ca urmare a unei pneumonii survenite ulterior sau să răspunzi întrebărilor acuzatoare ale familiei ori să te zbaţi să obţii despăgubiri din partea asiguratorilor.

O dată pe an, totuşi, există un loc unde se adună oamenii care trăiesc zi de zi astfel de experienţe. Îi zăreşti la tot pasul. Vin şi se aşază chiar lângă tine. Organizatorii îşi numesc evenimentul de care se ocupă în fiecare an „Congresul Chirurgilor“, iar terminologia se potriveşte de minune. Suntem, timp de câteva zile, propria noastră naţiune de doctori, cu toate plusurile şi minusurile inerente unui asemenea concept.

Când medicii buni devin răi

Hank Goodman este un fost chirurg ortoped. Are cincizeci şi şase de ani, o înălţime de 1,81 metri, un păr şaten, des şi ciufulit şi nişte mâini neobişnuit de mari, pe care ţi le poţi lesne imagina împingând la loc un genunchi. Este calm şi sigur pe sine – un bărbat obişnuit să repare oase. Cândva, înainte de suspendarea licenţei de practică, era un chirurg foarte respectat şi solicitat de pacienţi. „Era unul dintre cei mai buni şi mai competenţi din zonă“, mi-a spus unul dintre foştii lui colaboratori. Ori de câte ori un medic dintr-o altă specialitate avea nevoie de un ortoped pentru un membru al familiei sau pentru vreun prieten, la el apela. Vreme de peste un deceniu, Goodman a fost unul dintre cei mai ocupaţi chirurgi de pe întreg teritoriul statului. Până când, la un moment dat, lucrurile au luat o întorsătură proastă. A început să facă rabat la calitatea actului medical. Le pricinuia pacienţilor prejudicii, uneori chiar foarte grave. Colegii lui, care-l admiraseră odinioară, erau îngroziţi. Cu toate astea, abia după mai mulţi ani i-a fost interzis dreptul de a-şi mai practica profesia.

Când vorbesc despre doctorii răi, oamenii au în minte, de obicei, nişte monştri. Auzim despre cazuri precum cel al lui Harold Shipman, medicul din nordul Angliei care a fost condamnat pentru uciderea, prin administrarea unor doze letale de narcotice, a cincisprezece pacienţi, deşi se suspectează că numărul real al victimelor este de circa trei sute. Ori despre cazul lui John Ronald Brown, un chirurg din San Diego care,

lucrând fără licenţă, a dovedit neglijenţă într-o serie de operaţii de schimbare de sex şi a amputat piciorul stâng al unui om perfect sănătos, care a şi murit, ulterior, datorită gangrenei. Sau despre cazul lui James Burt, un „faimos“ ginecolog din Ohio care a supus sute de femei, adesea după ce fuseseră anesteziate în vederea efectuării altor proceduri, unei intervenţii chirurgicale bizare, mutilante, constând în circumcizia clitorisului şi „reconfigurarea“ vaginului, numită de el Chirurgia Dragostei.

Problema doctorilor răi nu se rezumă însă la asemenea cazuri terifiante, ieşite din comun, dar izolate. Ea implică medici pe care i-aţi putea considera din categoria celor întâlniţi în fiecare zi, medici precum Hank Goodman. În profesia noastră, ajungem cu toţii să cunoaştem, la un moment dat, astfel de doctori: ilustrul cardiolog care a început să se senilizeze, dar care nu are de gând să se retragă; respectabilul obstetrician devenit alcoolic; chirurgul care şi-a pierdut dexteritatea. Pe de-o parte, există date care demonstrează, fără nici un dubiu, că greşelile nu sunt apanajul acestei minorităţi de medici. Comiterea erorilor este un fenomen mult prea răspândit şi obişnuit ca să poată fi explicat atât de simplu. Pe de altă parte, există, într-adevăr, doctori problemă. Chiar şi medicii buni pot deveni răi, iar în astfel de cazuri, colegii lor sunt, în general, complet nepregătiţi să acţioneze în vreun fel.

Am avut câteva discuţii cu Goodman de-a lungul anului. Părea la fel de derutat ca toţi ceilalţi de ceea ce i se întâmplase, dar a înţeles că împărtăşirea propriei experienţe putea avea un rol educativ. A fost de acord chiar să mă pună în legătură cu foşti colegi şi pacienţi de-ai săi. Singura lui prezenţie a fost să nu-i folosesc numele real.

Unul dintre cazurile pe care le voi istorisi în continuare a început într-o zi fierbinte de august, în anul 1991. Goodman

era la spital – un complex modern, tentacular, inundat de lumină, alcătuit dintr-un corp central în formă de turn, acoperit cu cărămidă roşie, şi numeroase clădiri dispuse aproape radial, întregul ansamblu fiind conectat la o reţea extinsă de clinici situate mult mai departe, precum şi la o facultate de medicină din apropiere. La capătul unui coridor lung, de la parterul clădirii principale, erau amplasate sălile de operaţie – spaţii largi, deschise, acoperite cu faianţă albă; pacienţi aşezaţi sub un panou luminos; echipe medicale îmbrăcate în albastru, la datorie. Într-una dintre ele se afla şi Goodman. Tocmai terminase o intervenţie. Şi-a scos halatul şi, în răstimpul afectat curăţeniei, s-a îndreptat spre un telefon montat pe perete, ca să răspundă la mesaje. Unul dintre ele era de la medicul asistent de la cabinetul său, situat în apropiere. Voia să-i vorbească despre doamna D.

Doamna D. Avea douăzeci şi opt de ani, era mama a doi copii şi soţia managerului unui atelier local de tinichigerie. Iniţial, venise la Goodman datorită unui edem plin cu lichid, persistent, dar nedureros, apărut la nivelul genunchiului. Îi recomandase tratament chirurgical, iar ea acceptase. În săptămâna precedentă, efectuase o intervenţie pentru îndepărtarea lichidului. Asistentul l-a anunţat că tânăra femeie venise din nou la cabinet, de această dată avea o stare febrilă şi se simţea rău, iar genunchiul începuse s-o doară cumplit de tare. I-a spus lui Goodman că, la examenul clinic, zona afectată era roşie, fierbinte şi moale. Introducerea unui ac în articulaţie a evidenţiat prezenţa unei colecţii de puroi, cu miros fetid. Ce trebuia să facă?

Din descriere reieşea foarte clar faptul că femeia avea o infecţie masivă, ce necesita, de urgenţă, o nouă intervenţie chirurgicală pentru drenarea puroiului acumulat. Dar Goodman era ocupat şi n-a acordat atenţie sugestiei asistentului. N-a adus pacienta în spital. Nu s-a dus s-o vadă. Nici măcar nu

şi-a trimis un coleg s-o examineze. Prescrie-i un tratament oral cu antibiotice şi trimite-o acasă, i-a spus asistentului. Acesta a încercat să-şi exprime rezervele faţă de decizia doctorului, dar replica lui Goodman a fost fără drept de apel: „Îi place să se văicărească."

O săptămână mai târziu, pacienta a venit din nou, iar Goodman a efectuat, până la urmă, drenajul respectiv. Era, însă, prea târziu. Infecţia îi distrusese complet cartilagiul. Întreaga articulaţie era compromisă. A consultat, ulterior, şi un alt ortoped – tot ce-a putut să facă a fost să-i sudeze capetele osoase, pentru a opri durerea permanentă, provocată de frecarea „os pe os."

Când am vorbit cu ea, îşi formase propria filozofie de viaţă. „M-am adaptat", mi-a spus. Oricum, cu un genunchi rigid mi-a zis că nu putea să alerge sau să se aplece ca să ridice în braţe un copil. Acasă, căzuse de câteva ori pe scara interioară, aşa că, din motive de siguranţă, a fost nevoită să se mute, împreună cu familia, într-o locuinţă cu un singur nivel, stil fermă. Nu mai călătorea cu avionul, fiindcă nu se putea aşeza. În sălile de teatru sau de cinema, era nevoită să stea într-o parte sau în spaţiul dintre rândurile de scaune. Nu cu mult timp în urmă consultase şi un alt specialist, pentru evaluarea posibilităţii de a beneficia de o proteză, dar i s-a spus că, în cazul ei, o asemenea intervenţie nu era deloc sigură.

Orice medic poate să ia o decizie stupidă şi neglijentă, ca Goodman, numai că, în ultimii săi ani de practică, astfel de situaţii se tot repetau. În cazul unui pacient cu glezna ruptă a inserat un şurub cu dimensiuni necorespunzătoare şi nu a observat că acesta pătrunsese prea adânc. Când omul s-a plâns că începuse să aibă dureri, Goodman a refuzat să admită că se impunea o nouă intervenţie. La fel a procedat şi în cazul unei persoane care avea cotul fracturat. Pacientul respectiv a venit din nou la el în momentul în care capătul şurubului

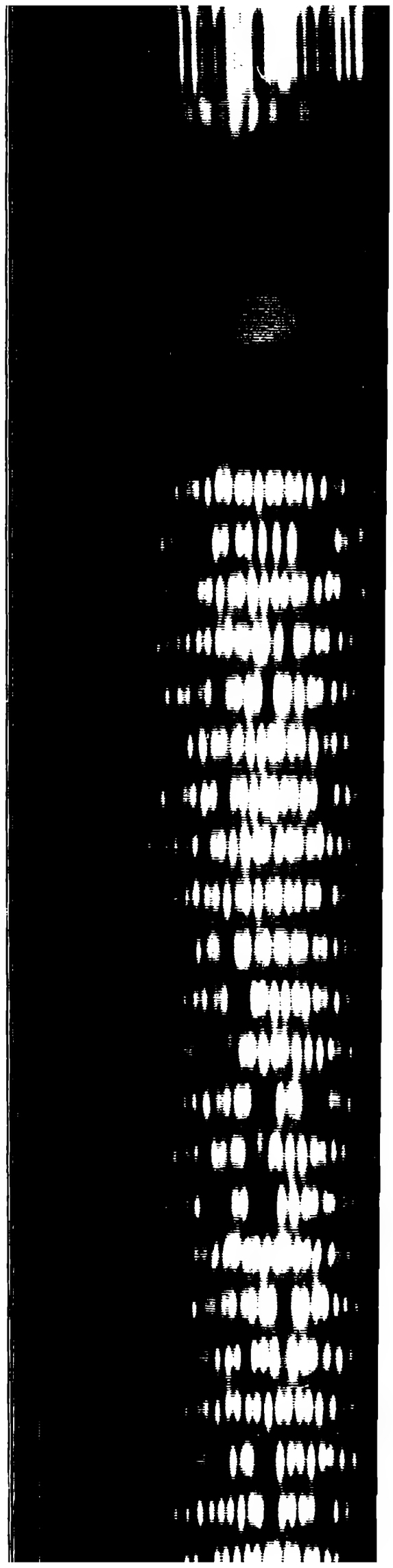
erodase straturile de piele, ieşind la suprafaţă. Goodman ar fi putut foarte bine să ajusteze dimensiunile şurubului, dar n-a făcut nimic.

Un alt caz a implicat un bărbat vârstnic care suferise o fractură de şold. Părea că nu era nevoie decât de implantarea câtorva cuie pentru a o stabiliza. În sala de operaţie însă, şoldul nu se îmbina corect. Goodman mi-a spus că ar fi trebuit să adopte o altă procedură şi să efectueze înlocuirea totală a şoldului. Dar cum era la capătul unei zile extenuante, n-ar fi putut suporta gândul unei noi operaţii de lungă durată. A recurs la implantarea a două cuie. După o vreme, şoldul s-a dizlocat şi a apărut o infecţie. De fiecare dată când pacientul venea la el, Goodman îi spunea că nu avea ce să-i facă. În timp, s-a ajuns la dizolvarea aproape completă a osului. Până la urmă, omul a mers la unul dintre colegii lui Goodman, ca să aibă şi o a doua opinie. Medicul s-a îngrozit de ceea ce i-a fost dat să vadă. „A ignorat rugăminţile pacientului care-i solicita ajutorul", mi-a zis respectivul chirurg. „Pur şi simplu, n-a făcut nimic. N-a adus deloc pacientul în spital. A ignorat semnele evidente ale radiografiei. După cum mergeau lucrurile, l-ar fi putut omorî chiar."

De-a lungul ultimilor ani de practică, Goodman a fost inculpat într-o lungă serie de procese de malpraxis, pe care le-a închis cât de repede a putut. Cazurile lui de neglijenţă au devenit un subiect de referinţă al conferinţelor M & M (Morbiditate şi Mortalitate) din cadrul departamentului său.

Odată, în timp ce luam împreună micul dejun într-un restaurant din oraş, l-am întrebat cum a fost posibil să i se întâmple aşa ceva. Părea că nu-şi găseşte cuvintele. „Nu ştiu", mi-a răspuns, fără vlagă.

Goodman crescuse într-un mic oraş din nord-vestul SUA; era al cincilea copil al familiei unui electrician şi nici el, nici



altcineva nu-şi imaginase vreodată că va deveni doctor. În timpul colegiului – o universitate de stat din zonă – era, la început, un student lipsit de ambiţie, mediocru. Într-o noapte însă, în care stătuse treaz până târziu, bând cafea şi fumând, ca să se documenteze în vederea redactării unei lucrări despre un roman al lui Henry James, i-a trecut prin minte un gând: „Ştii ceva, cred c-o să mă apuc de medicină." Mi-a spus că n-a fost o inspiraţie, în adevăratul înţeles al cuvântului. „Pur şi simplu, am luat o decizie fără să-i întrevăd susţinerea." Un preot îi spusese cândva, în acest sens, că părea să fi avut mai degrabă „o chemare mai puternică decât simţise el vreodată".

Goodman a devenit un student conştiincios, a absolvit o facultate de medicină excelentă şi şi-a început cariera în chirurgie. După încheierea stagiului efectuat în cadrul Forţelor Aeriene, în calitate de medic militar generalist, a fost acceptat într-unul dintre cele mai bune programe naţionale de rezidenţiat cu specializare în ortopedie. În ciuda programului de lucru epuizant, îi plăcea enorm ceea ce făcea. Era un medic foarte competent. Veneau la el oameni cu probleme de sănătate invalidante (dislocări ale articulaţiilor, fracturi ale membrelor, şoldului, coloanei vertebrale), iar el le rezolva pe toate. „Acei patru ani au fost cei mai buni din viaţa mea", mi-a spus. Ulterior, a efectuat o subspecializare în domeniul chirurgiei mâinii; când a terminat-o, în 1978, avea o paletă largă de opţiuni profesionale. S-a întors în regiunea natală, unde a profesat vreme de cincisprezece ani.

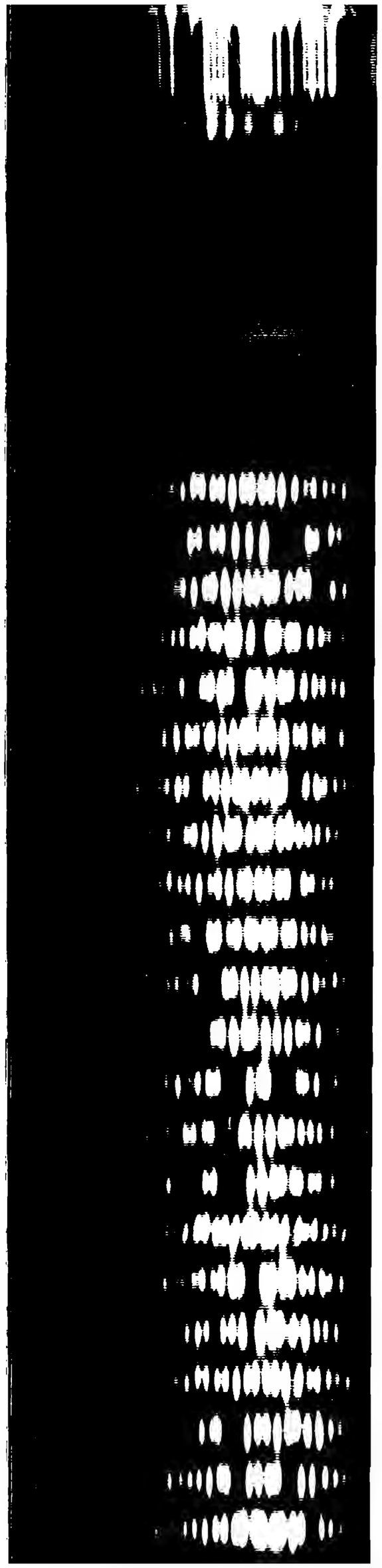
„Când a venit la noi în clinică, aveam trei chirurgi ortopezi mai în vârstă, morocănoşi şi perimaţi", mi-a zis un fost coleg al său de la pediatrie. „Erau depăşiţi atât ca nivel de cunoştinţe, cât şi ca dexteritate şi nici nu se purtau prea frumos cu pacienţii. Ei, şi-apare el, un tip nemaipomenit, informat la zi, amabil, incapabil să spună nu cuiva. Îl chemai la ora opt seara, fiindcă un puşti făcuse o infecţie la şold şi avea nevoie

de o intervenţie urgentă de drenare, şi venea şi se ocupa de caz – fără ca măcar să fi fost de serviciu.“ A câştigat un premiu pentru activitatea didactică, acordat de studenţii lui. A atras şi un număr uriaş de pacienţi. Îşi făcea meseria fluierând.

Cam după 1990 însă, lucrurile au început să ia o cu totul altă întorsătură. Un medic atât de dotat şi de experimentat ca Goodman ştia mai bine ca oricine ce era de făcut în cazul doamnei D., în cel al omului cu fractură de şold şi al multor alţi pacienţi, dar n-a acţionat aşa cum ar fi fost normal. Ce s-a întâmplat? Nu mi-a putut spune decât că avea sentimentul că totul merge prost în ultimii ani. Înainte îi plăcea să opereze, să rezolve problemele oamenilor. După o vreme însă, nu se gândea decât cum să termine mai repede cazurile pe care le avea în fiecare zi.

Să fi fost o chestiune legată de bani? Câştiga la început cam două sute de mii de dolari pe an şi cu cât avea mai mulţi pacienţi, cu atât veniturile lui creşteau. A constatat apoi că, dacă muncea mai mult, putea acumula trei sute de mii de dolari pe an. Iar cu şi mai mult efort – ajunsese să aibă un număr ameţitor de cazuri pe zi – a văzut că era posibil să câştige patru sute de mii de dolari pe an. Era, de departe, cel mai ocupat dintre toţi partenerii lui de clinică, fapt pe care l-a considerat cheia succesului şi a valorii sale. Începuse să se autointituleze, mai în glumă, mai în serios, „Producătorul“. Am aflat de la colegi de-ai lui, şi nu de la unul singur, că simţea o plăcere aproape obsesivă de-a fi recunoscut ca „impresarul“ numărul unu.

Tot percepţia asupra propriului său statut profesional îl determina, pe de altă parte, să nu-i refuze pe cei care-i solicitau ajutorul. (Era, în fond, tipul care nu spunea niciodată nu.) Oricare-ar fi fost motivaţiile reale ale unui asemenea succes, era limpede că volumul de muncă uriaş începuse să-l copleşească. A lucrat, mai bine de zece ani, câte optzeci,



nouăzeci, chiar o sută de ore pe săptămână. Avea o soţie şi trei copii – care sunt mari acum –, dar n-avea mai deloc timp pentru ei. Cu un program atât de încărcat ca al lui, trebuia să-şi coordoneze foarte eficient activităţile cotidiene. Începea, de pildă, la 7.30, cu o înlocuire totală de şold, pe care încerca să o termine în circa două ore. Îşi scotea apoi bluzonul de lucru, se uita repede peste hârtiile de la birou şi, în timp ce i se pregătea sala de operaţie pentru cazul următor, dădea o fugă până în clădirea alăturată, la clinica ambulatorie de chirurgie, indiferent dacă afară era soare, ploaie sau ninsoare. Acolo îl aştepta, pe masa de operaţie, un alt pacient – care necesita un tratament mai simplu, de exemplu, o artroscopie sau o intervenţie pentru eliberarea presiunii asupra nervului median, în cazul unui sindrom de tunel carpian. Spre final, ruga o infirmieră să anunţe că pacientul următor trebuia condus înapoi, în sala de operaţie din turnul principal. Sutura pielea în cel de-al doilea caz şi se înorcea rapid la un al treilea care-l aştepta. Era, întreaga zi, într-un permanent du-te vino. Cu toate astea, oricât s-ar fi străduit să-şi coordoneze perfect mişcările, tot se mai iveau, uneori, probleme neplanificate – temporizarea pregătirii unei săli de operaţie, sosirea unei urgenţe, un incident neaşteptat în cursul intervenţiei chirurgicale. Cu timpul, a ajuns să nu mai suporte ideea de-a întâmpina până şi cel mai neînsemnat obstacol. Fără nici o îndoială, atunci au început lucrurile să scape de sub control. Medicina implică existenţa tăriei morale de a face faţă oricărei situaţii: poate că ai un program supraaglomerat sau s-a făcut târziu ori trebuie să mergi să-ţi iei copilul de la înot; dar dacă apare o problemă la serviciu, faci tot ceea ce-ţi stă în putinţă ca s-o rezolvi. La un moment dat, Goodman n-a mai procedat aşa, iar situaţiile de acest fel s-au tot repetat.

Un asemenea tip de extenuare este întâlnit surprinzător de frecvent. E de presupus că, spre deosebire de majoritatea

oamenilor cu alte profesii, doctorii sunt mai puternici, mai fermi, mai apţi să lucreze în condiţii de stres. (Oare cei slabi nu sunt striviţi sub presiunea rigorilor implicate de pregătirea medicală?) Se pare însă că realitatea contrazice estimările. Studiile arată, de pildă, că alcoolismului îi poate cădea pradă oricine, iar doctorii nu fac excepţie. Ei sunt, de asemenea, mult mai expuşi riscului de-a deveni dependenţi de narcotice şi de tranchilizante, poate datorită faptului că au atât de uşor acces la ele. Circa 32 de procente din populaţia activă este afectată, la un moment dat, de o tulburare mintală severă – de pildă, depresie, manii, atac de panică, psihoze sau toxicomanie – şi nu există nici un fel de date care să susţină că astfel de cazuri ar apărea mai rar în rândul medicilor. Ca să nu mai vorbim de faptul că şi doctorii se îmbolnăvesc, îmbătrânesc, au nemulţumiri şi stări de confuzie generate de dificultăţile cu care se confruntă pe plan personal, asemenea motivaţii şi multe altele similare conducându-i, treptat, spre greşeli de conduită profesională. Ne-ar plăcea tuturor să credem că „medicii problemă“ sunt doar nişte cazuri ieşite din comun. Ieşit din comun poate fi faptul că, în cursul unei cariere de patru decenii, un doctor nu a avut nici măcar un an sau doi în care activitatea să-i fi fost afectată de diverse neplăceri. Sigur că nu toţi cei care au „probleme“ sunt neapărat periculoşi. Oricum, statisticile arată că există permanent un procent de medici (între 3 şi 5%) care nu sunt apţi să acorde consultaţii.

Există o linie oficială cu privire la conduita cea mai potrivită pe care ar trebui s-o adopte profesia medicală faţă de asemenea doctori: colegii celor în cauză au datoria de a nu-i mai lăsa să-şi practice meseria şi să informeze forurile care acordă licenţa de practică, iar acestea, la rândul lor, ar urma fie să aplice măsurile disciplinare impuse de situaţie, fie să le suspende dreptul de practică. În realitate, doar rareori se

întâmplă aşa. Fiindcă nici o comunitate strâns integrată nu poate funcţiona după asemenea principii.

Marilynn Rosenthal, sociolog la Universitatea Michigan, a examinat modul în care comunităţile medicale din SUA, Marea Britanie şi Suedia tratează chestiunea medicilor problemă. A adunat date despre faptele petrecute în peste două sute de cazuri specifice, de la cel al unui medic de familie dependent de barbiturice la un chirurg cardiac în vârstă de cincizeci şi trei de ani care continua să opereze în ciuda afectării permanente a creierului, instalată în urma unui accident vascular cerebral. Şi a constatat, aproape peste tot, o aceeaşi atitudine a colegilor de breaslă faţă de asemenea cazuri. Când aveau alături de ei un medic rău, indiferent cât de grave erau consecinţele conduitei sale, nu ajungeau să ia măsurile ferme ce se impuneau decât după mai multe luni, uneori chiar ani.

Oamenii vorbesc, în astfel de situaţii, despre o conspiraţie a tăcerii, dar Rosenthal a apreciat că nu se punea atât problema existenţei unui complot, cât, mai degrabă, cea, mult mai supărătoare, a lipsei lui. În cadrul comunităţilor pe care le-a analizat se manifestau pregnant reacţiile de nesiguranţă, de negare, iar intervenţiile aveau un caracter şovăielnic şi oscilant – aproape ca o familie care nu vrea să accepte gândul că bunicii va trebui să i se interzică să mai şofeze. Sigur că nu toate problemele sunt evidente: colegii îl suspectează, poate, pe dr. Cutare că bea prea mult sau că a devenit „prea bătrân", dar nu încape nici o îndoială că astfel de lucruri vor rămâne multă vreme nelămurite. Chiar şi când problemele *sunt* limpezi ca lumina zilei însă, colegii se simt incapabili să ia o măsură fermă pentru soluţionarea lor.

Uneori, o asemenea atitudine este dictată de raţiuni nobile; alteori, ea nu face cinste celor care o adoptă. În această din urmă categorie intră cei care nu fac nimic fiindcă e mai uşor aşa. Adunarea probelor incriminatorii şi a voturilor necesare

pentru suspendarea dreptului de practică al unui coleg medic implică, din partea celorlalţi doctori din anturajul respectivului, un mare efort şi un cuantum considerabil de încredere în sine. Motivaţia nobilă, probabil şi cea mai importantă, este că pe nici unii dintre medicii aflaţi în situaţia de a-şi acuza un coleg nu-i lasă inima s-o facă. Când un coleg competent, cumsecade şi, de obicei, conştiincios, pe care-l cunoşti de ani şi ani, începe deodată să ia regulat Percodans* sau devine excesiv de preocupat de problemele personale, neglijându-şi atribuţiile faţă de pacienţi, simţi nevoia să-l ajuţi, nu să-i distrugi cariera. Acordarea unui sprijin adecvat în asemenea situaţii nu este însă deloc simplă. În sistemul de practică privată nu există modalităţi de asigurare a dreptului unui medic de a-şi păstra locul de muncă pe o perioadă mai lungă în care este nevoit să-şi întrerupă activitatea curentă, ci doar reglementări stricte de raportare publică a greşelilor de conduită. Ca urmare, când vor să-şi ofere sprijinul, oamenii apelează, pe cont propriu, la mijloace tacite, discrete. Intenţiile lor sunt bune; în schimb, rezultatele acţiunilor lor sunt, de cele mai multe ori, în defavoarea persoanei incriminate.

Colegii lui Hank Goodman au încercat multă vreme să-l ajute. Începuseră să aibă suspiciuni în privinţa lui de prin 1990. Se vorbea din ce în ce mai des despre deciziile lui ciudate, despre rezultatele dubioase, despre nenumăratele procese. Cei din anturajul său erau tot mai hotărâţi să intervină într-un fel.

Câţiva medici mai în vârstă au încercat, fiecare pe cont propriu, să stea de vorbă cu el între patru ochi, aducând în discuţie diverse aspecte. Rosenthal numeşte abordarea respectivă Terribly Quiet Chat (Conversaţia Strict Secretă). Unii colegi, care-l întâlneau pe Goodman la un cocktail sau care

---

* Analgezic din clasa narcoticelor (n. tr.).

treceau, ca din întâmplare, pe la el pe-acasă, îl trăgeau deoparte, întrebându-l ce mai face, spunându-i că oamenii începuseră să comenteze şi să-şi facă griji. Alţii aveau o abordare mai directă: „I-am spus fără ocolişuri: «Nu ştiu de ce te porţi aşa. Ai un comportament foarte ciudat. Cel mai cumplit lucru este că nu mi-aş da nici unul dintre membrii familiei mele pe mâna ta.»“

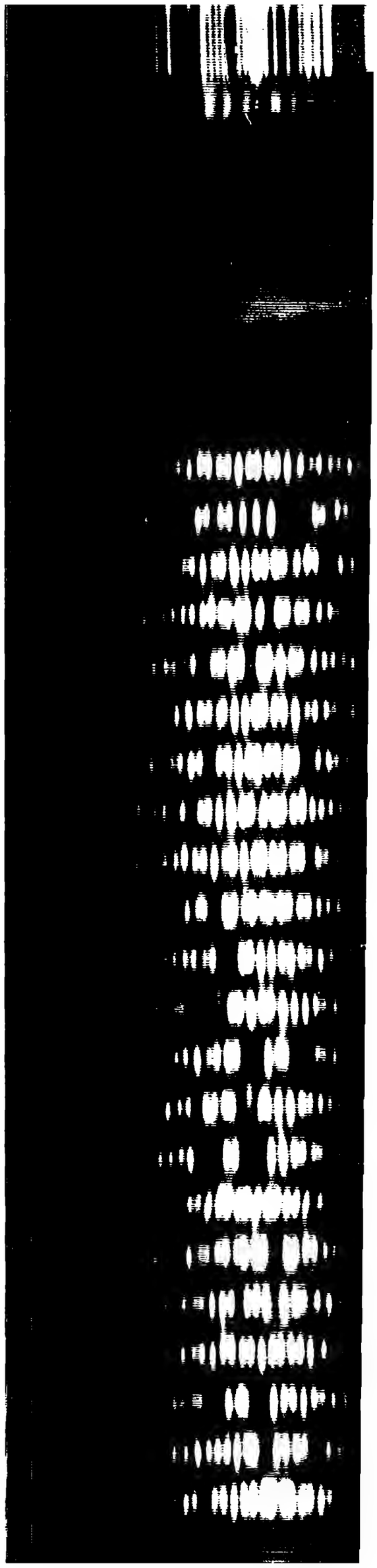
Uneori, o asemenea abordare dă rezultate. Am vorbit cu un fost şef de departament de la Harvard, acum pensionar, care iniţiase, pe vremea când era în activitate, un număr apreciabil de discuţii de tipul Terribly Quiet Chat. Un medic cu experienţă poate avea, în medicină, autoritatea morală de-a interzice manifestările neconforme cu statutul profesional. Şeful de departament avusese de-a face cu mulţi doctori care-i vorbiseră deschis despre problemele cu care se confruntau, iar el se străduise mereu să le dea o mână de ajutor. Aranja să fie văzuţi de un psihiatru, să apeleze la un centru de dezintoxicare sau să se retragă din activitate. Unii dintre ei însă nu mergeau până la capăt când încercau să ia măsuri. Alţii nu recunoşteau că aveau necazuri. În unele cazuri, cei incriminaţi ajungeau să stimuleze iniţierea unor mici campanii care să le susţină nevinovăţia. Îi montau pe unii dintre membrii familiei lor împotriva lui, îşi convingeau colegii loiali să-l oprească pe holurile spitalului ca să-i spună că ei nu observaseră niciodată ceva în neregulă sau îşi puneau avocaţii să-l ameninţe că-l vor chema în instanţă.

Goodman chiar asculta ceea ce aveau oamenii să-i spună. Încuviinţa tot ce-i ziceau şi recunoştea că era surmenat şi, adesea, copleşit de volumul excesiv de muncă. Jura că va face schimbările ce se impuneau, că va accepta un număr mai mic de pacienţi, de care se va ocupa pe îndelete, că va practica chirurgia ca la carte. Se simţea umilit şi îşi promitea că-şi

va revizui atitudinea. În final însă, nici una dintre hotărârile lui nu s-a concretizat.

Aşa cum se întâmplă de cele mai multe ori, colegii care erau cei mai în măsură să constate cât de periculos devenise Goodman erau, în acelaşi timp, cei mai lipsiţi de puterea de-a lua vreo măsură în acest sens: medici stagiari, asistente, infirmiere şi alte categorii de personal auxiliar. În asemenea împrejurări, cei care înţeleg situaţia iau diverse măsuri menite să asigure protecţia pacienţilor. Cadrele ajutătoare ajung să-i îndrume pe bolnavi către alţi doctori. Cele de la programări se scuză că nu mai sunt locuri la medicul solicitat de pacient. Rezidenţii din ultimul an de pregătire intră în operaţie alături de colegii lor începători, ca să preîntâmpine orice eventual prejudiciu adus de un anumit chirurg.

Unul dintre medicii asistenţi de la cabinetul lui Goodman a încercat şi el să-şi asume un asemenea rol protector. Când începuse să lucreze împreună cu el – ajutând la stabilizarea fracturilor, urmărind evoluţia stării de sănătate a pacienţilor şi asistând în sala de operaţie – îşi venera şeful. A sesizat însă momentul în care conduita lui Goodman a început s-o ia razna. „Obişnuia să vadă patruzeci de pacienţi pe zi şi nu le acorda nici măcar cinci minute“, mi-a spus asistentul. Pentru a evita apariţia unor probleme în clinică, stătea mult timp după program, verificând deciziile lui Goodman. „Ţineam permanent legătura cu pacienţii şi modificam intervenţiile lui.“ În sala de operaţii încerca să facă unele sugestii fine. Îi putea pune întrebări de felul următor: „Este cumva prea lung acest şurub?“ sau „Alinierea oaselor şoldului arată cum trebuie?“ Cu toate acestea, a continuat tânărul, se făceau greşeli inevitabile şi „o mulţime de operaţii inutile“. Ori de câte ori putea, ţinea pe pacienţi la distanţă de Goodman – „sigur, asta nu însemna că ieşeam din cabinet şi le spuneam «Cred că e nebun»“.



Lucrurile pot trena astfel pentru o perioadă de timp extrem de îndelungată. Dar epuizarea tuturor rezervelor de bunăvoinţă – când devine limpede că abordările de tipul Terribly Quiet Chat nu duc nicăieri şi când pare că nici eforturile de culise ale colegilor nu vor avea nici o finalitate – duce foarte rapid la schimbări de atitudine. O chestiune aparent neînsemnată poate precipita luarea unor măsuri drastice. În cazul lui Goodman, factorul declanşator l-a constituit faptul că, de pe la finele anului 1993, a început să lipsească regulat de la întrunirile săptămânale obligatorii Morbidity & Mortality. Chiar şi după ce toată lumea aflase cât de neglijent îşi trata pacienţii în ultima vreme – devenise unul dintre medicii chemaţi cel mai des în faţa instanţelor disciplinare –, oamenilor nu le venea uşor să-l judece. Oricum, când Goodman a încetat să mai frecventeze şedinţele M & M, colegii lui au avut în sfârşit un caz concret de indisciplină pe baza căruia îl puteau trage la răspundere.

Diverse persoane i-au atras atenţia, din ce în ce mai serios, asupra neplăcerilor foarte mari pe care le putea avea dacă nu începea din nou să vină la întrunirile M & M. „A ignorat însă toate acele avertismente“, mi-a zis unul dintre apropiaţii lui. După un an întreg în care a continuat să se comporte la fel, conducerea spitalului a decis să-i fie supravegheată îndeaproape activitatea curentă. În toată acea perioadă a continuat să vadă şi mai mulţi pacienţi şi să genereze un număr şi mai mare de complicaţii. Aşa s-a mai scurs încă un an. În anul 1995, la scurt timp după Ziua Muncii, conducerea spitalului şi avocatul instituţiei l-au invitat, în sfârşit, la discuţii şi i-au comunicat că au decis să-i fie suspendat dreptul de practică şi să trimită la comisia medicală de investigaţii un raport asupra conduitei sale. A fost concediat.

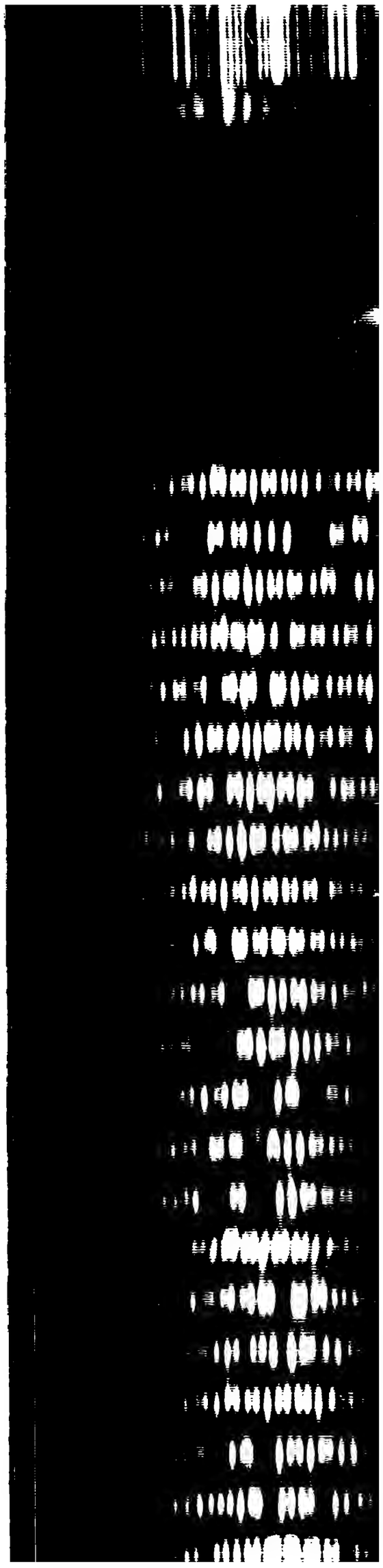
Goodman nu şi-a lăsat niciodată familia să vadă că avea dificultăţi şi nici n-a spus nimic despre faptul că-şi pierduse

slujba. Vreme de mai multe săptămâni şi-a pus în fiecare dimineaţă costumul şi cravata, pornind spre serviciu, ca de obicei. A terminat de consultat şi ultimul pacient de pe lista de programări, iar pe cei care aveau nevoie de o intervenţie chirurgicală i-a îndrumat către alţi colegi. Cabinetul a rămas fără pacienţi în răstimp de o lună. Soţia lui simţise că era ceva în neregulă, iar când l-a presat să vorbească, i-a spus ce se întâmplase. Vestea a dărâmat-o şi a speriat-o în acelaşi timp: avea senzaţia că trăise alături de un străin, de un impostor. Urmarea a fost că, din acea zi, Goodman n-a mai plecat de-acasă. Stătea numai în pat. Şi n-a mai vorbit cu nimeni zile-n şir.

La două luni după ce fusese suspendat, a fost înştiinţat despre un alt proces de malpraxis, intentat de soţia unui fermier care apelase la el datorită unei artroze grave la umăr. Goodman îi inserase o articulaţie artificială, dar intervenţia respectivă nu a rezolvat problema. Acel proces a fost picătura care a umplut paharul. „Nu aveam nimic", mi-a spus. „Aveam prieteni, aveam o familie, recunosc, dar nu şi serviciu." Aşa cum se întâmplă în cazul multor medici, profesia era viaţa lui.

În pivniţă avea o armă, Magnum 44, pe care-o cumpărase cu ocazia unei excursii de pescuit în Alaska, ca să-l protejeze de urşi. A găsit gloanţele şi s-a gândit îndelung la perspectiva sinuciderii. Ştia cum să procedeze ca să aibă parte de o moarte instantanee. În fond, era chirurg.

În anul 1998 mă aflam la o conferinţă medicală, organizată în apropierea localităţii Palm Springs. Răsfoind paginile generoasei broşuri de prezentare a programului de conferinţe, mi-a atras atenţia un titlu mai neobişnuit: „Două sute de medici au semnalat un caz de tulburare de comportament", de Kent Neff, M.D. Prelegerea era susţinută într-o sală mică, situată la distanţă de aula centrală. Asistenţa era formată din numai



câteva zeci de persoane. Neff era un bărbat de vreo cincizeci de ani, grizonat, cu un aer distins şi serios, care, aşa cum aveam să aflu, lucra într-unul dintre domeniile cele mai „sensibile“ ale medicinei: ramura psihiatriei specializată în abordarea problemelor grave de comportament ale doctorilor şi ale altor categorii de cadre sanitare. Ne-a spus că în anul 1994 preluase responsabilitatea unui program restrâns de sprijinire a spitalelor şi a altor unităţi medicale care aveau doctori cu astfel de probleme. Nu după mult timp, au început să-i fie trimise cazuri similare de peste tot. Până în prezent văzuse peste două sute cincizeci – acumulase, aşadar, o experienţă deosebit de valoroasă – şi analizase datele adunate aidoma unui cercetător din cadrul CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centre pentru Controlul şi Prevenţia Bolilor) preocupat de evaluarea izbucnirii unei epidemii de tuberculoză.

Constatările lui n-au fost deloc surprinzătoare. Cel mai adesea, nimeni nu recunoştea că medicii în cauză erau periculoşi până în momentul în care prejudiciul generat de ei era foarte grav. Nu li se făcea decât rareori o evaluare riguroasă a problemelor care-i afectau – dependenţă de droguri, tulburări mintale sau altele asemenea. Iar când existenţa acestora era confirmată, situaţia era urmărită cu maximum de atenţie. Ceea ce m-a impresionat a fost tentativa donquijotescă a lui Neff, fără nici un alt sprijin – nu beneficiase de burse ori de asistenţă din partea vreunor agenţii guvernamentale –, de a găsi soluţii.

La câteva luni după prelegere, am luat avionul până la Minneapolis ca să-l văd pe Neff în plină activitate. Programul lui se desfăşura în cadrul spitalului Abbott Northwestern, situat în apropierea districtului Powderhorn. La sosire, am fost îndrumat către una din părţile laterale ale complexului central, la etajul cinci. Am ajuns pe un coridor lung, întunecos – pe ambele părţi, numai uşi închise, fără nimic scris

pe ele, iar pe jos, o mochetă bej, cu firul scurt. Nu avea defel aerul unui hol de spital. Pe un marcaj cu majuscule era scris „Program de Evaluare Profesională". Din spatele unei uşi şi-a făcut apariţia Neff, îmbrăcat într-un sacou din tweed, cu o pereche de ochelari cu rame metalice. M-a invitat înăuntru.

Aici veneau doctorii, cu câte-o geantă în mână, în serile de duminică. Se înregistrau în capătul holului şi erau conduşi fiecare în camera lui, mobilată ca un dormitor, unde urmau să stea timp de patru zile şi patru nopţi. Pe toată durata vizitei mele, care a durat o săptămână, erau cazaţi acolo trei pacienţi medici. Neff m-a asigurat că aveau un program de voie. Ştiam însă că nu erau chiar de capul lor. În majoritatea cazurilor, spitalele unde lucrau le achitaseră taxa de participare la programul respectiv, în valoare de şapte sute de dolari, şi le comunicaseră celor în cauză că, dacă voiau să-şi păstreze dreptul de practică, trebuiau să meargă la Minneapolis.

M-a frapat că Neff, de fapt, convinsese organizaţiile medicale să-i trimită pe doctori la el. După toate aparenţele, singurul lui argument l-a constituit dorinţa de-a oferi un sprijin. Iar cum asemenea cazuri agitaseră atât de puternic spiritele, spitalele şi clinicile care se confruntau cu ele au fost foarte amatoare să utilizeze serviciile lui Neff. Şi nu erau singurele instituţii care i-au solicitat asistenţa. Nu după multă vreme, au început să apeleze la el şi companiile aeriene, tribunalele, firmele, care-i trimiteau piloţi, judecători şi, respectiv, directori.

O mică parte a demersului iniţiat de Neff consta, pur şi simplu, în infiltrarea în viaţa celor de care se ocupa – exact ca un doctor care, după ce-ţi examinează copilul ca să identifice cauza tusei, se apucă să te-ndrume cum să-ţi organizezi viaţa. Prelua ferm toate cazurile primite, dar nu se sfia să sesizeze organizaţiile ce-l solicitau în legătură cu situaţiile pe care le lăsaseră să treneze prea mult timp. Iată cum prezintă el lucrurile: există anumite tipuri de comportament –

aşa-numitele „evenimente santinelă comportamentale“ – care ar trebui să atragă atenţia oamenilor asupra faptului că o persoană are probleme foarte serioase, ca, de pildă, când un chirurg aruncă bisturie în sala de operaţie ori un pilot are accese de furie necontrolate în timpul zborului. De cele multe ori însă, astfel de episoade sunt tratate cu indiferenţă. „E un doctor bun“, spun oamenii, „dar oricine are şi momente proaste uneori.“

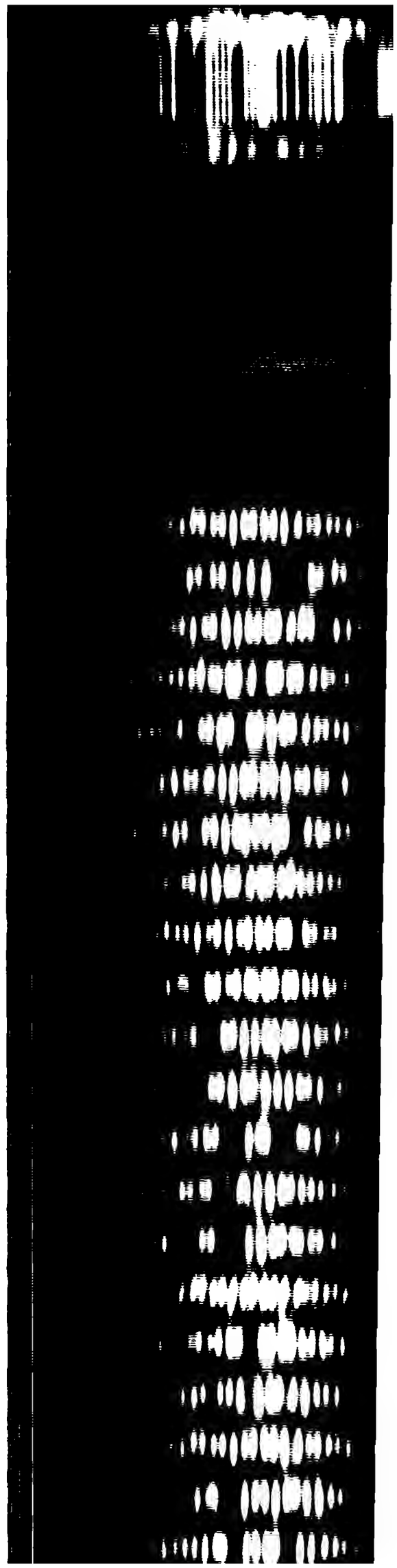
Neff cunoaşte foarte bine cel puţin patru tipuri de evenimente-santinelă ce semnalează producerea unor modificări de comportament: episoadele persistente de furie necontrolată sau de atitudine abuzivă; manifestările ciudate sau oscilante (văzuse un doctor care nu-şi putea desfăşura activitatea curentă dacă nu-şi aranja biroul de repetate ori, timp de mai multe ore pe zi; i s-a stabilit diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă severă); încălcarea limitelor de decenţă impuse de normele profesionale (Neff cunoscuse cândva un medic de familie despre care se ştia că obişnuia să invite în oraş, la masă, pacienţi tineri, pe unul dintre ei luându-l cu el şi în vacanţă; s-a dovedit că doctorul respectiv avea fantezii sexuale compulsive ce implicau băieţi aflaţi la vârsta pubertăţii); angrenarea unui medic într-un număr aberant de procese sau reclamaţii (ca în cazul lui Goodman) – acesta era, de altfel, cel mai obişnuit indiciu al existenţei unor probleme comportamentale. Pe parcursul programului său, Neff a convins un număr considerabil de spitale şi clinici – ca şi companii aeriene şi corporaţii – să trateze cu toată seriozitatea astfel de situaţii. La ora actuală, multe organizaţii specifică, în înseşi contractele lor, necesitatea evaluării evenimentelor-santinelă comportamentale.

În fond, abordarea lui consta, pur şi simplu, în acordarea de consultaţii pacienţilor incluşi în program, aidoma unui cardiolog care examinează o persoană cu durere toracică. Făcea un consult individual, efectua câteva teste şi-şi formula punctul

de vedere privitor la starea pacientului, la oportunitatea menţinerii sale în serviciul pe care-l avea, precum şi la modalităţile de soluţionare a fiecărei situaţii în parte. Neff era dispus să facă ceva faţă de care toată lumea avea mari reticenţe: să judece (sau, folosind termenul preferat de el, să „evalueze") un coleg de breaslă. Şi s-a achitat de o atare sarcină autoimpusă cu mai multă rigurozitate şi obiectivitate decât orice alt coleg al celui incriminat.

Prima etapă a evaluării celor trei medici sosiţi la el în săptămâna în care mă aflam şi eu acolo consta în strângerea informaţiilor necesare. Începând de luni dimineaţa, cei trei au fost supuşi, individual, pe parcursul a trei zile, unor interviuri, luate separat de Neff şi de alţi patru clinicieni. Scopul unui asemenea demers era ca repetarea relatărilor, de şase ori sau chiar mai mult, să pătrundă dincolo de barierele sufleteşti ridicate de reacţiile de evadare şi de apărare ale celor interogaţi, pentru a scoate la iveală detaliile. Înainte de sosirea lor, Neff întocmise şi câte un dosar gros pentru fiecare dintre subiecţi. Iar în timpul săptămânii n-a ezitat să le telefoneze din nou colegilor lor, acasă, ca să clarifice elementele contradictorii şi ambigue sesizate în versiunile lor asupra evenimentelor.

Pacienţii lui Neff erau supuşi şi unui examen clinic complet, ce includea şi testele de sânge, pentru a exclude orice posibilitate ca anomaliile de comportament să se datoreze unei afecţiuni fizice. (De pildă, un medic trimis la Neff după ce avusese mai multe episoade de catatonie, survenite în plină operaţie, a fost diagnosticat cu o formă avansată de boală Parkinson.) Li s-au efectuat alcoolemia şi analizele pentru depistarea consumului de narcotice. Şi au fost supuşi tuturor categoriilor de teste psihologice, de la cele pentru detectarea dependenţei de jocurile de noroc până la cele pentru identificarea schizofreniei paranoide.



În ultima zi, Neff şi-a adunat membrii echipei în jurul unei mese de discuţii dintr-o sală mică şi anostă, ca să-şi formuleze decizia finală, timp în care doctorii aşteptau în camerele lor. Le-a luat circa o oră ca să treacă în revistă datele consemnate în fiecare caz în parte. Apoi au stabilit, la nivelul întregii echipe, trei decizii separate. Mai întâi, au ajuns la un diagnostic. S-a dovedit că majoritatea doctorilor aveau o boală psihică – depresie, tulburare bipolară, dependenţă de alcool sau de droguri, până şi psihoză; aproape fără nici o excepţie, afecţiunea respectivă nu fusese niciodată diagnosticată sau tratată până atunci. Alţii aveau doar probleme generate de stres, de un divorţ sau un deces, de o boală etc. În continuare, echipa a decis dacă medicul respectiv era capabil să-şi reia activitatea. Neff mi-a arătat cum era întocmit un raport. Rezoluţia era întotdeauna tranşantă, fără nici un fel de echivoc: „Din cauza alcoolemiei, dr. X nu poate momentan să-şi practice profesia la parametri normali de competenţă şi siguranţă.“ În final, s-au dat indicaţii specifice pentru fiecare doctor în parte. În cazul celor apreciaţi ca fiind apţi să-şi reia serviciul, au fost recomandate anumite precauţii: continuarea efectuării, din când în când, a testelor de depistare a dependenţei de droguri, monitorizarea de către colegi desemnaţi de conducerea unităţii medicale, restricţii speciale la nivelul practicii. Pentru cei consideraţi inapţi să-şi reia activitatea, Neff şi echipa sa specificaseră de obicei durata minimă a perioadei în care să nu profeseze, schema detaliată a regimului terapeutic şi procedurile clare de reevaluare. La încheierea etapei de deliberare, Neff s-a întâlnit în biroul său cu fiecare dintre doctorii examinaţi, în vederea prezentării raportului final ce urma să fie trimis la spitalul sau clinica unde erau angajaţi. „De obicei, oamenii sunt surprinşi“, mi-a spus Neff. „Nouăzeci la sută dintre ei consideră că recomandările noastre sunt mai stricte decât s-ar fi aşteptat.“

Neff mi-a reamintit, şi nu o singură dată, că programul lui oferea doar recomandări. Numai că, odată ce le aşternea pe hârtie, spitalele şi diferitele instituţii medicale nu aveau cum să se eschiveze de la punerea lor în practică şi de la urmărirea modului în care erau ele respectate de către doctorii vizaţi. Cea mai importantă calitate a abordării lui Neff era aceea că, îndată după semnalarea problemei, totul decurgea aproape automat: Minneapolis, evaluarea, stabilirea diagnosticului, întocmirea unui plan. Colegii nu mai erau nevoiţi să-şi asume rolurile judecătorilor şi juraţilor. Iar doctorii cu tulburări de comportament beneficiau de ajutorul necesar. Neff şi echipa sa au salvat de la distrugere sute de cariere – şi, poate, au evitat prejudicierea a mii de pacienţi.

Programul lui Neff nu era singurul de acest fel. În cursul ultimelor decenii, societăţile medicale locale şi cele din alte ţări ale lumii au elaborat şi ele o serie de programe pentru diagnosticarea şi tratarea doctorilor „bolnavi". Cel al lui Neff avea însă un caracter independent, ca puţine altele similare, precum şi una dintre cele mai sistematice metodologii utilizate în cadrul unor asemenea demersuri.

Cu toate acestea, programul lui a fost oprit la câteva luni după vizita mea la Minneapolis. În ciuda interesului pe care l-a stârnit pe scară largă şi a ritmului său rapid de dezvoltare, Programul de Evaluare Profesională a fost finanţat cu mari eforturi, nereuşind niciodată să-şi asigure din surse proprii fondurile necesare. Până la urmă, Neff n-a putut convinge spitalul Abbott Northwestern să-l subvenţioneze în continuare. Când am vorbit ultima oară, încerca să identifice alte surse de sprijin.

Indiferent dacă va reuşi sau nu, a demonstrat ce potenţial are. Întrebarea cea mai delicată – atât pentru doctori, cât şi, mai ales, pentru pacienţi – este în ce măsură putem să acceptăm o asemenea abordare. Programele similare celui oferit

de Neff propun un aranjament tranşant – poate prea tranşant. Medicii vor fi dispuşi să dea relaţii despre colegii lor cu probleme – desigur, aceia care au în mod constant un comportament neadecvat – numai atâta vreme cât ştiu că informaţiile pe care le furnizează sunt utilizate pentru stabilirea unui diagnostic şi a tratamentului corespunzător, nu pentru arestarea şi condamnarea celor incriminaţi. Evident, aceasta implică perceperea respectivilor doctori ca pe nişte fiinţe umane care se zbat să facă faţă situaţiei, nu ca pe nişte sociopaţi. Filozofia lui Neff presupunea, aşa cum afirma chiar el, „duritate în ceea ce priveşte comportamentul, dar blândeţe faţă de persoana în cauză". S-ar putea ca oamenii să prefere universul guvernat de regula „nu întreba, nu spune". Încercaţi să vă întrebaţi dacă aţi putea rămâne fidel unui sistem care, reabilitând anestezişti dependenţi de droguri, chirurgi cardiaci cu psihoze maniacale sau pediatri cu o „slăbiciune" faţă de fetiţele mici, a avut în vedere depistarea unor noi astfel de cazuri? Ori, reformulând, credeţi că veţi fi vreodată pregătit să-l vedeţi pe Hank Goodman operând iarăşi?

Viaţa lui Hank Goodman şi, poate, întreaga lui carieră, a fost unul dintre cazurile salvate de Neff. În anul 1995, pe la jumătatea lui decembrie, după ce îi trecuse prin minte să se sinucidă, Goodman l-a sunat pe Neff la birou. Avea numărul de telefon al acestuia de la avocatul său, care auzise de programul respectiv. Neff l-a invitat să vină neîntârziat. A doua zi, Goodman era la el. Au discutat o oră, iar la finele întrevederii, Goodman îşi aminteşte că avea un sentiment de uşurare, că putea respira din nou. Neff i-a vorbit pe un ton deschis, colegial, i-a zis că-l putea ajuta, că viaţa lui nu se sfârşise. Goodman a avut încredere în spusele lui.

S-a înregistrat în program săptămâna următoare, plătindu-şi singur costul integral. Au fost patru zile grele, uneori de confruntare. Nu era pregătit să-şi recunoască toate faptele sau să accepte tot ceea ce aflaseră membrii echipei lui Neff. Diagnosticul principal a fost depresie persistentă. Concluzia lor a fost, ca de obicei, la obiect: Medicul „nu este apt să-şi practice activitatea în condiţii de siguranţă datorită formei sale grave de depresie şi nu va fi capabil să profeseze pentru o perioadă de timp nedefinită". Conform raportului, în urma unui tratament prelungit şi adecvat, „estimăm că are potenţialul necesar pentru a-şi relua integral activitatea". Detaliile legate de diagnosticul primit par a fi mai puţin importante decât esenţa intervenţiei propriu-zise: faptul că o instituţie autorizată i-a comunicat că era ceva în neregulă cu el, că i se interzicea să-şi mai practice meseria şi că exista o perspectivă reală de a-şi relua, cândva, activitatea.

La sugestia lui Neff, Goodman s-a internat într-un spital de psihiatrie, după care i s-a monitorizat în continuare evoluţia, la domiciliu, de către un specialist local şi un medic supraveghetor. A urmat mai întâi un tratament cu Prozac, apoi unul cu Effexor. A respectat permanent programul. „În primul an nu-mi păsa dacă trăiesc sau mor", mi-a mărturisit Goodman. „Anul următor, voiam să trăiesc, dar nu doream să mă întorc la serviciu. În al treilea an, îmi doream să merg la lucru." În cele din urmă, toţi cei care-i supravegheaseră evoluţia – psihiatrul local, internistul şi Neff – au fost de acord că era pregătit. Comisia medicală locală i-a acordat lui Goodman, în mare măsură în baza recomandării echipei lui Neff, permisiunea de a-şi relua activitatea. I-au fost impuse însă şi restricţii. La început, urma să lucreze maximum douăzeci de ore pe săptămână, strict sub supraveghere. Trebuia să-şi frecventeze periodic psihiatrul şi medicul curant. Nu avea voie

să opereze din nou decât după cel puţin şase luni de la data întoarcerii în clinică. Ulterior, putea participa la intervenţiile chirurgicale numai ca asistent, urmând ca redobândirea deplină a dreptului de a-şi exercita profesia să fie stabilită doar după etapa de reevaluare. În tot acel răstimp avea obligaţia de a efectua, din când în când, teste de detectare a consumului de alcool şi de droguri.

Dar ce instituţie medicală l-ar fi acceptat? Foştii lui parteneri n-ar fi fost de acord să-l aibă din nou alături de ei. „Prea mult balast emoţional", spunea Goodman. Era pe cale să obţină un loc de muncă într-un oraş de provincie din zona lacurilor, unde avea o casă de vacanţă. Acolo exista un spital mic, la care apelau, în timpul lunilor de vară, patruzeci şi cinci de mii de oameni şi care nu avea nici un ortoped. Medicii îi cunoşteau situaţia, dar, întrucât căutaseră multă vreme, fără succes, un astfel de specialist, au acceptat să fie angajat la spitalul lor. Abia după circa un an însă, a reuşit să obţină asigurarea de malpraxis. Şi a considerat că era cazul să evalueze cu prudenţă perspectiva reluării unei activităţi la fel de intense ca înainte, cu toate implicaţiile ei stresante.

Nu demult, i-am făcut o vizită lui Goodman acasă – o locuinţă modestă, din cărămidă, în stilul unei ferme, cu o curte plină de câini, pisici şi păsări, o sufragerie încărcată de bibelouri şi un colţ de bucătărie dotat cu un computer şi câteva rafturi ce găzduiau reviste de ortopedie şi CD-uri cu materiale de specialitate. Îmbrăcat într-un tricou şi o pereche de pantaloni kaki, stil „cargo", avea un aer degajat, relaxat, aproape indolent. Cea mai mare parte a timpului şi-o dedica familiei şi recuperării ritmului de instruire profesională. Alte preocupări nu prea mai avea, aşa că viaţa lui actuală nu mai avea aproape nimic comun cu cea a unui chirurg; simţea însă că-i revine, treptat, pofta de lucru. Am încercat să mi-l imaginez din nou în hainele verzi de spital – într-o sală de operaţie,

unde un asistent îl întreba, la telefon, despre un pacient cu o infecţie la genunchi. Cine-ar putea spune cum aveau să evolueze lucrurile?

Indiferent ce-am face, suntem cu toţii pe mâna unor fiinţe umane imperfecte. Este un fapt evident, dar greu de acceptat şi, totodată, inevitabil. În cazul oricărui medic există lucruri pe care ar fi trebuit să le ştie, dar în privinţa cărora tot mai are câte ceva de învăţat, sau apar situaţii când judecata medicală dă greş ori când tăria de caracter se frânge. Eram oare mai puternic decât omul pe care-l aveam acum în faţă? Inspiram mai multă încredere? Eram mai principial, mai conştient de limitele proprii şi, în consecinţă, mai precaut? Mi-ar fi plăcut să cred că aşa e – şi poate că aşa şi trebuia să gândesc, ca să fac ceea ce fac zi de zi. Numai că nu puteam să ştiu toate astea. Nici eu, nici oricine altcineva.

Am ieşit cu Goodman în oraş să mâncăm ceva, după care am făcut o plimbare cu maşina. Ajungând în apropierea spitalului în care lucrase înainte, ce arbora un aer atât de strălucitor şi modern, l-am întrebat dacă puteam să aruncăm o privire înăuntru. I-am spus că nu era nevoie să vină şi el cu mine. În ultimii patru ani, nu mai intrase în clădire decât de vreo două-trei ori. A ezitat o clipă, dar a decis apoi să mă-nsoţească. Şi-a îndreptat paşii spre uşa automată şi a început să înainteze de-a lungul unui coridor zugrăvit într-un alb strălucitor. Un glas jovial s-a auzit deodată şi mi-am dat seama că deja îşi regreta decizia de-a intra în spital.

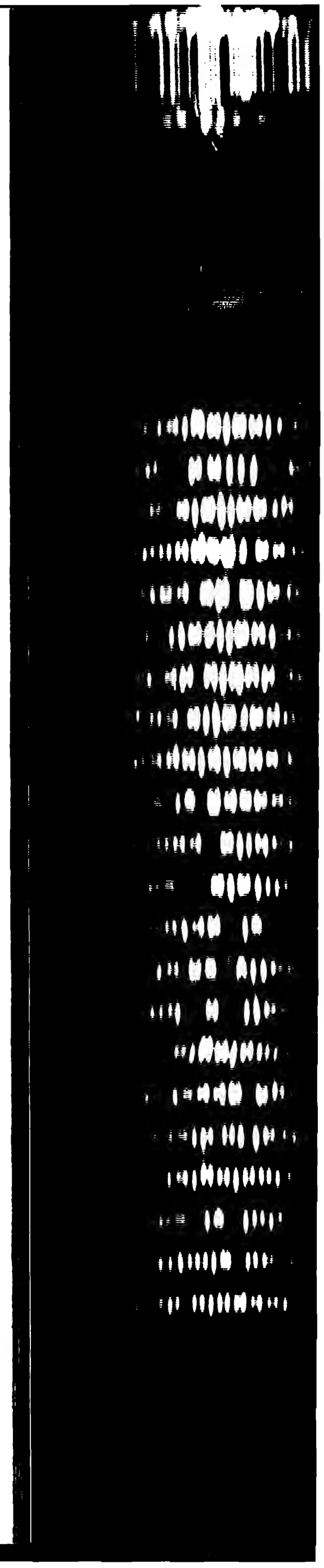
„O, domnul doctor Goodman!“ l-a salutat, din spatele biroului de informaţii, o femeie trupeşă, cu părul alb şi chipul zâmbitor. „Nu v-am mai văzut de-atâţia ani! Unde-aţi fost în tot acest timp?“

Goodman s-a oprit brusc. A încercat să schiţeze un răspuns, dar n-a putut articula nici un cuvânt preţ de câteva clipe. „M-am pensionat“, a spus, în cele din urmă.

A dat din cap, vădit nedumerită: Goodman avea aerul unui om în plină formă, care arăta cu douăzeci de ani mai tânăr decât ea. Am văzut apoi cum îşi schimbă expresia feţei, în semn că începuse să înţeleagă. „Ei, în cazul ăsta, sper că vă prieşte“, a zis femeia, revenindu-şi din consternare.

Goodman a făcut o remarcă forţată despre pasiunea lui pentru pescuit. S-a îndepărtat câţiva paşi. S-a oprit apoi şi i-a vorbit din nou: „O să vin, totuşi, înapoi.“

Partea a II-a
MISTERE



Jack Nicklaus nu juca niciodată o partidă de golf fără să aibă în buzunar trei monede de un penny. Michael Jordan trebuia să poarte întotdeauna, sub echipamentul echipei Chicago Bulls, şortul cu emblema Universităţii Carolina de Nord. Iar Duke Ellington nu purta niciodată ceva galben la spectacolele pe care le susţinea, impunându-le acelaşi lucru şi membrilor formaţiei sale. În cazul celor nevoiţi să-şi câştige existenţa evoluând în faţa unui public, superstiţiile par aproape obligatorii. Un exemplu notoriu îl constituie jucătorii de baseball. A devenit faimos cazul lui Wade Boggs, fostă vedetă a echipei Boston Red Sox, care mânca întotdeauna pui înainte de fiecare meci. Pe de altă parte, în vremea când conducea Los Angeles Dodgers, Tommy Lasorda obişnuia să mănânce linguini – cu sos de scoici fie roşu, dacă echipa adversă avea un aruncător de minge dreptaci, fie alb, dacă acesta era stângaci. Chiar şi într-un asemenea context, plin de ciudăţenii, aruncătorul echipei New York Mets, Turk Wendell părea cu totul ieşit din comun. Ca să aibă noroc în timpul meciurilor, avea obiceiul să poarte un colier din colţi de animal, refuza să poarte şosete, nu călca niciodată pe linia de penalty şi se spăla pe dinţi între o tură şi alta. Când şi-a semnat contractul din sezonul 1999, a insistat ca salariul să-i fie stabilit la suma de 1 200 000,99 dolari. „Ei, pur şi simplu îmi place numărul nouăzeci şi nouă“, a declarat el în faţa presei.

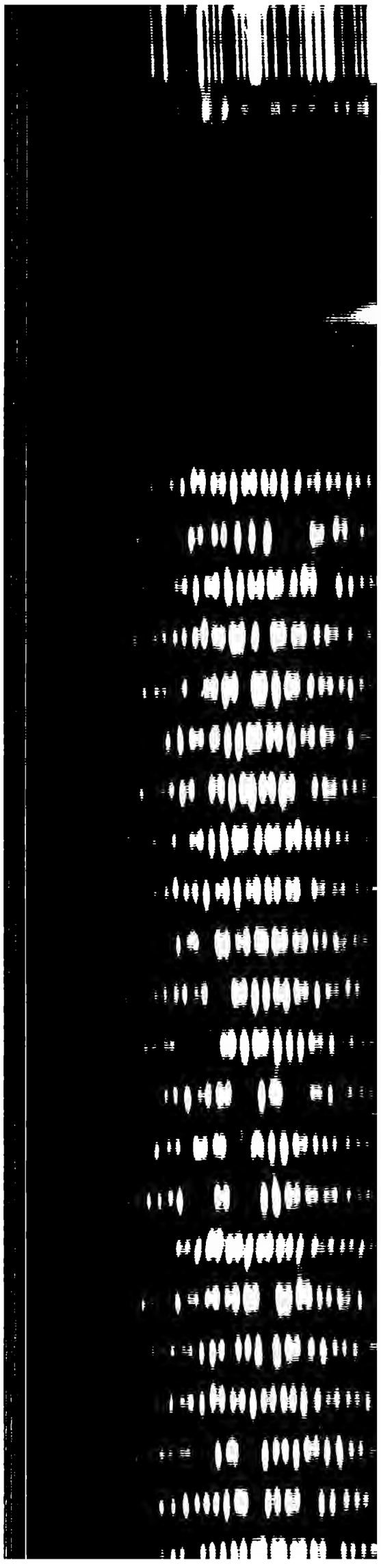
Trebuie să ştiu totuşi şi de existenţa vreunui doctor care să aibă asemenea superstiţii. Medicii, mai ales chirurgii, tind să aibă întotdeauna o abordare extrem de raţională a lucrurilor. Fiindcă una dintre cele mai mari satisfacţii ale ştiinţei şi, în mod special, ale celor care lucrează pe tărâmul ei, o constituie reuşita planificării şi gândirii logice. De altfel, dacă ar fi formulăm un principiu călăuzitor al medicinei practice, acesta ar implica faptul că este cel mai important să ai o atitudine raţională. Iar noi, cei care lucrăm în acest sistem, avem, în general, faţă de manifestările de misticism, o atitudine rezervată, adesea chiar de totală dezaprobare. Cel mult, poţi vedea că un chirurg intră mereu în operaţie cu o aceeaşi pereche de pantofi sau că aplică o metodă neconvenţională de tratare a unei leziuni după suturare. Dar chiar şi în asemenea situaţii, avem întotdeauna grijă să ne asumăm propriile idiosincrazii, găsind cel puţin o explicaţie suficient de plauzibilă: „Alţi pantofi nu sunt la fel de confortabili ca aceştia", ar putea spune chirurgul în cauză sau „Banda asta adezivă provoacă iritaţii" (deşi nimeni altcineva n-a reclamat că folosirea ei ar fi generat astfel de efecte nedorite). De regulă, nu-i veţi auzi pe doctori spunând că, de fapt, după părerea lor, o anumită situaţie este, pur şi simplu, cu ghinion.

De aceea, am fost stupefiat să constat într-o după-amiază, când stăteam în jurul unei mese, alături de colegii mei rezidenţi în chirurgie, ca să ne distribuim programul de gărzi la urgenţă pe următoarele luni, că nimeni nu se oferea să preia noaptea de vineri din data de 13. Ne alegeam pe rând zilele respective şi totul părea să decurgă normal la primele câteva runde. Lăsasem cu toţii deoparte vinerile, nopţile din preajma sfârşitului de săptămână nefiind deloc populare. Dar, cum nu mai rămăseseră decât foarte puţine nopţi nepreluate de nimeni dintre noi, s-a văzut foarte clar că o anume zi de vineri fusese evitată permanent. Ei, asta-i, mi-am zis în sinea

mea, dar e de-a dreptul ridicol. Aşa că, atunci când mi-a venit din nou rândul, mi-am trecut numele în dreptul acelei nopţi. „Odihneşte-te bine“, mi-a zis un coleg. „O să ai o noapte plină.“ Am râs şi am respins pe loc ideea.

Câteva zile mai târziu însă, consultându-mi calendarul, am constatat că în acea noapte de vineri urma să fie şi lună plină. Apoi am mai auzit pe cineva spunând că tot atunci va fi eclipsă de Lună. Şi pentru o clipă – doar pentru o singură clipă, reţineţi! – am simţit că-mi pierd siguranţa de sine. Mi-a trecut prin minte că poate voi avea, într-adevăr, o noapte nefericită. Fiind însă un medic echilibrat şi bine pregătit, nu m-am lăsat pradă aşa de uşor unor astfel de gânduri. M-am gândit că, indubitabil, toate evidenţele erau împotriva unor asemenea absurdităţi. După care, doar ca să am o confirmare, am mers la bibliotecă, să verific.

Am reuşit să identific un singur studiu ştiinţific care evalua valabilitatea presupunerii că lucrurile merg prost într-o zi de vineri, 13. (Nu ştiu sigur ce anume este mai surprinzător: faptul că oamenii chiar au cercetat acest aspect sau acela că nu am găsit decât un exemplu izolat. În fond, în lumea în care trăim se studiază aproape orice. Odată, de pildă, frunzărind paginile publicaţiilor din bibliotecă, am dat peste o lucrare ce prezenta modul în care se distribuie saliva în cavitatea bucală în timp ce mestecăm gumă.) Studiul din 1993, publicat în *British Medical Journal*, evalua, comparativ, spitalizarea victimelor unor accidente de circulaţie produse într-o comunitate dintr-o regiune limitrofă a Londrei, într-o zi de vineri, 13, cu cele dintr-o zi de vineri, 6. În ciuda faptului că traficul rutier din data de 13 era mai puţin intens decât cel din ziua de şase, numărul de internări al persoanelor accidentate a crescut, în ziua de 13, cu 52 de procente. „Pentru unii oameni, vineri, 13, e o zi fără noroc“, concludeau autorii. „Este recomandabil să se stea acasă.“ N-au explicat însă cum se poate scăpa de ghinion la domiciliu.



Oricum, mi-am zis, nu sunt deloc edificatoare concluziile unui singur studiu asupra unei singure zile de vineri, 13, raportate la nivelul unui singur oraş. Creşterea numărului de accidente se putea datora foarte bine şi unei variaţii întâmplătoare. Pentru a fi convingătoare, rezultatele negative ar trebui să se regăsească, în mod constant, într-un număr mai mare de studii. Şi este necesar să se şi probeze viabilitatea lor.

S-a demonstrat, în schimb, că fiinţele umane îşi imaginează, de regulă, diverse scenarii (fie ele optimiste sau pesimiste) în contexte în care acestea nici nu există de fapt. Pur şi simplu, aşa funcţionează creierul nostru. Până şi situaţiile complet întâmplătoare ni se par, adesea, neîntâmplătoare. Un exemplu în acest sens, clasic de-acum, ne oferă statisticianul William Feller. În cursul bombardamentelor intense ale nemţilor asupra părţii de sud a Londrei din timpul celui de-al Doilea Război Mondial, unele zone au fost lovite în repetate rânduri, în vreme ce altele nu au avut deloc de suferit. Se pare că acestea din urmă fuseseră evitate în mod voit, ceea ce i-a determinat pe oameni să creadă că acolo îşi infiltraseră inamicii spionii. Când a analizat distribuţia statistică a atacurilor germane însă, Feller a constatat că aceasta era pur întâmplătoare.

Tendinţa de-a vedea situaţii inexistente în realitate a fost numită sofismul pistolarului texan. Denumirea a fost inspirată de povestea unui texan care, după ce a tras câteva focuri de armă pe partea laterală a unui grajd, a încercuit găurile făcute de gloanţe, ca să arate ce bun ţintaş era. La fel şi noi, suntem înclinaţi să observăm mai întâi întâmplările neobişnuite – de pildă, patru evenimente nefericite ce s-au petrecut în aceeaşi zi – şi apoi, sub influenţa lor, să elaborăm un scenariu corespunzător. Cred că am fi putut considera, în egală măsură, drept fatidică şi ziua de joi, treisprezece, sau pe cea de joi, cinci. Constat însă că fobia legată de asocierea zilei de vineri cu data de 13 este răspândită pe scară largă. Donald Dossey, un cercetător în domeniul ştiinţelor comportamentale

din Carolina de Nord, a analizat datele înregistrate în cadrul studiilor de urmărire a anumitor atitudini ale oamenilor şi a observat că între şaptesprezece şi douăzeci şi unu de milioane de americani suferă de forme de anxietate moderate spre grave sau îşi modifică programul activităţilor curente datorită efectelor exercitate de *paraskevidekatriafobie* (care este denumirea grecească a sindromului cunoscut ca „teamă de vineri 13"). Astfel de persoane au diverse ritualuri pe care le practică înainte de-a pleca de-acasă, anunţă la serviciu că sunt bolnave sau îşi amână călătoriile cu avionul ori cumpărăturile importante, generând anual, prin atitudinea lor, pierderi economice în valoare de şapte sute cincizeci de milioane de dolari.

Se pare că şi mai în serios trebuie să fie luate superstiţiile legate de Lună. Conform unui sondaj de opinie efectuat în 1995, 43% dintre americani considerau că Luna alterează comportamentul individual. Iar cel mai interesant de remarcat este faptul că specialiştii în domeniul sănătăţii mintale erau mult mai convinşi de veridicitatea unei asemenea presupuneri decât cei care lucrau în alte sfere de activitate. Secole de-a rândul, felurite civilizaţii, din cele mai diverse zone ale globului pământesc, au crezut că Luna e corelată cu nebunia – de aici şi termenul de „lunatic". Conceptul ciclurilor umane lunare pare, desigur, mult mai plauzibil decât efectul zilei de vineri, 13. Cândva, cercetătorii au respins ideea de cicluri biologice; în prezent însă, majoritatea acceptă faptul că anotimpurile pot influenţa dispoziţia şi comportamentul oamenilor, că fiecare dintre noi are propriul său „ritm circadian", conform căruia temperatura corpului, agilitatea, capacitatea de memorare şi dispoziţia fluctuează ciclic, de-a lungul a douăzeci şi patru de ore.

În urma unei documentări pe Internet, am reuşit să găsesc circa o sută de studii care îşi propuseseră să identifice ciclurile „circalunare". Cel care mi-a atras în mod deosebit

atenţia şi care fusese publicat în *Medical Journal of Australia*, urmărise, pe parcursul a cinci ani, în cadrul unui spital din oraşul australian New South Wales, fenomenul de tentativă de sinucidere prin otrăvire. Între anii 1988 şi 1993, în unitatea respectivă fuseseră internate 2 215 persoane care luaseră o supradoză de medicamente sau se otrăviseră cu diverse substanţe toxice. Cercetătorii au verificat dacă momentele de vârf ale unor astfel de evenimente au fost influenţate, în afară de fazele lunii, şi de zodiacul personal ori de caracteristicile numerologice (care, aşa cum au menţionat autorii, au fost „calculate după formula prezentată în *Enciclopedia cunoştinţelor antice interzise*"). Rezultatele studiului, deloc surprinzătoare, au arătat că frecvenţa cazurilor de autootrăvire nu depinsese de faptul că pacientul în cauză se născuse sub semnul Fecioarei sau al Balanţei. Nici „numărul numelui" sau „numărul lunii" nu a avut vreo influenţă în acest sens. S-a constatat totuşi că, în rândul femeilor (nu şi al bărbaţilor), probabilitatea autoadministrării unei supradoze fusese, în perioadele cu lună plină, cu 25% *mai mică* decât în intervalul de timp cu lună nouă.

Destul de surprinzător este faptul că aceeaşi tendinţă de descreştere a ratei de autootrăvire a fost remarcată şi în cadrul altor cercetări. Se pare că, dacă există într-adevăr o legătură între psihicul oamenilor şi luna plină, aceasta are un efect protector. Autorii unui studiu efectuat în 1996, care a urmărit de-a lungul unui deceniu evoluţia cazurilor de suicid înregistrate în regiunea franceză Dordogne, au conchis, într-o engleză fermecător de agramată, că „francezul moare mai puţin în perioadele cu lună plină şi mai mult în cele cu lună nouă". Cercetările realizate în Cuyahoga County, Ohio şi Dade County, Florida au observat şi ele o scădere a frecvenţei sinuciderilor în perioadele cu lună plină. Toate aceste studii n-au prea lămurit însă efectul fericit al lunii pline. Cu mult mai mare

a fost numărul celor care nu au reuşit să identifice nici o corelaţie între ciclurile lunare şi suicid.

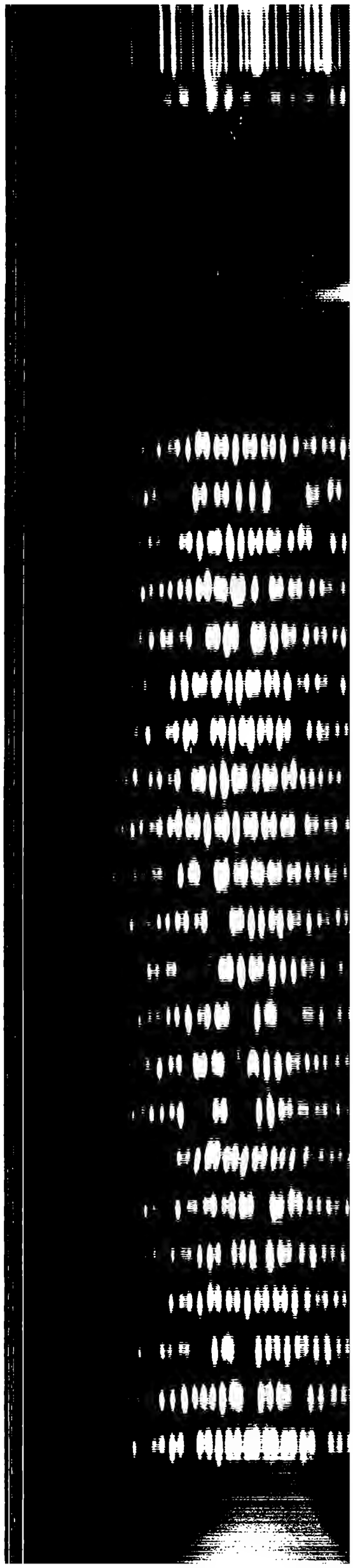
În ceea ce priveşte alte forme de demenţă, se pare că Luna nu are nici un fel de rol. Cercetătorii au trecut în revistă înregistrările apelurilor la staţiile de poliţie, ale consultaţiilor psihiatrice, ale omuciderilor şi ale altor manifestări cotidiene ale nebuniei noastre – inclusiv, am observat, solicitările de la camerele de gardă. Ei nu au găsit nici o corelaţie semnificativă, fie ea negativă sau pozitivă, cu Luna.

Reconfortat de ceea ce aflasem în timpul incursiunii mele în bibliotecă, am plecat cu convingerea că nici luna plină, nici data fatidică nu-mi vor ameninţa garda de noapte. Mai erau două săptămâni până atunci. A sosit şi seara când mă programasem de serviciu. Am intrat în camera de gardă la ora 18 fix, ca să preiau tura rezidentului care fusese de serviciu peste zi. Spre dezmăgirea mea, avea să-mi lase în grijă o mulţime de pacienţi. Dar nici nu începusem bine consultaţiile, când a fost adus un nou caz de traumatism – un tânăr palid, în vârstă de douăzeci şi opt de ani, inconştient, accidentat în urma unei coliziuni auto frontale, datorată vitezei excesive. Poliţia şi paramedicii spuneau că îşi ameninţase prietena cu o armă. Când echipajul de poliţie a sosit la faţa locului, s-a urcat la volanul maşinii şi-a pornit în trombă, iar urmărirea a avut ca deznodământ o ciocnire de proporţii.

Nici restul nopţii n-a decurs mai uşor. Eram, cum se zice, „terminat“ – alergam de colo până colo, n-aveam nici două minute la dispoziţie ca să-mi trag sufletul şi abia reuşeam să fac faţă solicitărilor.

Explicaţia a venit de la o asistentă: „E lună plină şi vineri, 13.“

Eram pe punctul de-a afirma că, de fapt, studiile infirmă existenţa vreunei corelaţii. Nici n-am apucat însă să articulez vreun cuvânt, când mi-a sunat pagerul. Mă anunţa că sosise o nouă victimă.



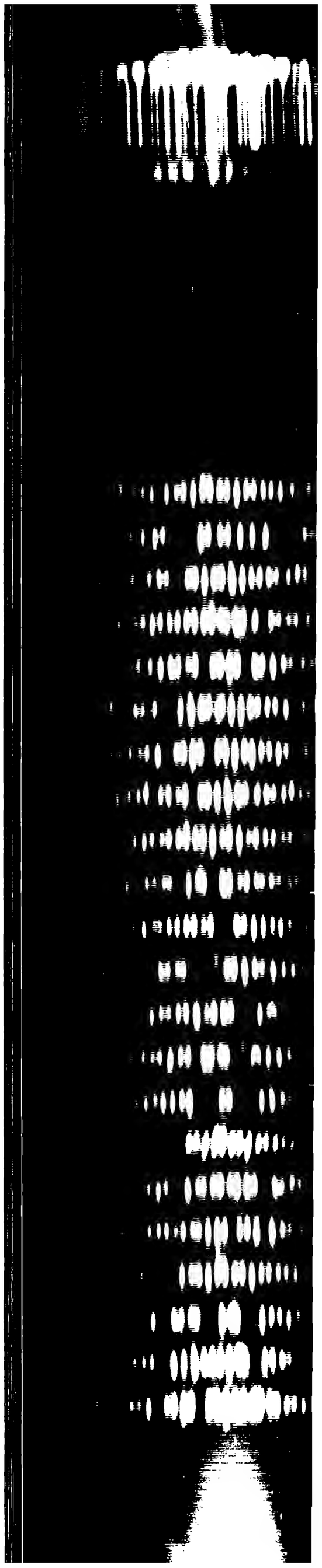
Paradoxul durerii

Toate durerile au propria lor poveste, iar cea a lui Rowland Scott Quinlan e legată de un accident petrecut cu multă vreme în urmă, când avea cincizeci şi şase de ani. Arhitect de meserie şi navigator pasionat, cu o claie de păr alb şi mare amator de ţinute elegante şi de ţigări de foi olandeze, Quinlan deţinea o firmă prosperă, pe strada Beacon, în Boston, care proiectase câteva clădiri importante, precum cea a Facultăţii de Medicină a Universităţii din Massachusetts. În martie 1988, a căzut de pe o platformă, în timp ce se afla pe şantierul de construcţie al unuia dintre obiectivele pe care le avea în plan – un pavilion al Grădinii Zoologice din Parcul Franklin. N-a avut nici o problemă la coloană, dar şi-a dizlocat şi fracturat umărul stâng, ceea ce a impus efectuarea mai multor intervenţii chirurgicale. În toamnă s-a întors la planşeta de lucru; nu după mult timp însă, a simţit în spate un spasm dureros. Episoadele s-au repetat. La început a încercat să le ignore, dar destul de curând au devenit insuportabile. I s-a întâmplat, nu o dată, ca, stând de vorbă cu un client, durerea de spate să capete, brusc, o intensitate atât de mare, încât abia reuşea să nu urle în timp ce era ajutat să se aşeze pe un scaun sau pe podea. În timp ce se afla la restaurant, împreună cu un coleg, durerea atroce, instalată pe neaşteptate, l-a făcut să vomite pe loc, la masă. Curând, n-a mai putut lucra decât maximum două-trei ore pe zi, aşa că a fost nevoit să-şi lase firma pe mâinile partenerilor lui.

Ortopedul îi făcuse lui Quinlan numeroase radiografii. Nici una nu evidenţia ceva deosebit – poate un început de artrită, dar nimic neobişnuit. Aşa că a fost trimis la un medic specialist, care i-a injectat la nivelul coloanei vertebrale întregul conţinut al unei seringi cu ac lung, compus dintr-un amestec de steroizi şi anestezic local. Efectul primelor intervenţii epidurale se menţinea, la început, timp de mai multe zile, uneori chiar săptămâni; următoarele injecţii însă îi atenuau din ce în ce mai puţin durerea, până când, la un moment dat, n-au mai avut nici o eficienţă.

Îi văzusem întregul teanc de rezultate ale investigaţiilor medicale pe care le efectuase, de la tomografia computerizată, la radiografii şi teste de laborator. Nu sesizasem nici un element de suspiciune, care m-ar fi ajutat să înţeleg cauza severităţii acelei dureri de spate: nu exista nici urmă de fractură, tumoare sau infecţie, ori măcar vreun semn de inflamaţie artritică. Vertebrele erau aliniate perfect. Nici unul dintre discurile intervertebrale, cu aspect translucid, nu era fisurat. Două dintre ele, situate în zona lombară, erau ceva mai proeminente – ceva normal la bărbaţii de vârsta lui –, dar fără să creeze impresia că ar fi exercitat presiune asupra vreunui nerv. Până şi un medic debutant şi-ar fi putut da seama că nu exista nici o cauză vizibilă în măsură să determine o intervenţie chirurgicală la nivelul coloanei.

Când întâlnim un pacient care prezintă durere de spate cronică nesusţinută de rezultatele examenului fizic – iar astfel de cazuri sunt din ce în ce mai frecvente –, noi, doctorii, avem tendinţa de-a nu mai continua investigaţiile. Pentru noi, totul în această lume trebuie să aibă o explicaţie şi o logică, să pună probleme pe care să le putem vedea sau palpa ori, măcar, evalua cu ajutorul vreunui aparat. Aşa că, după părerea noastră, în cazul lui Quinlan se poate formula o singură concluzie: durerea este doar în mintea lui – nu e de natură fizică, ci,



într-o oarecare măsură, mai puţin reală, ţinând, mai degrabă, de „sfera mentală“. De altfel, ortopedul îi şi recomandase să meargă atât la un psihiatru, cât şi la un kinetoterapeut.

Când i-am făcut o vizită acasă, într-un oraş de lângă Boston situat la malul mării, l-am găsit pe Quinlan în locul unde, aşa cum avea să se dovedească mai târziu, îi plăcea cel mai mult să-şi petreacă timpul: la masa de lucru din bucătărie, amplasată în dreptul unei ferestre înalte cât peretele, cu vedere spre o grădină mică. Avea într-o parte câteva suluri de hârtie cu schiţe ale unor proiecte nefinalizate, iar pe o altă latură a mesei, un telefon mobil *hands free*. Într-un suport ţinea douăsprezece sorturi de creioane, câteva rigle mici şi un raportor. A schiţat o grimasă de durere când s-a ridicat să mă salute. Mi-a zburat gândul la investigarea medicală minuţioasă care i se făcuse şi la toate imaginile „curate“ ale coloanei sale vertebrale: să se fi prefăcut?

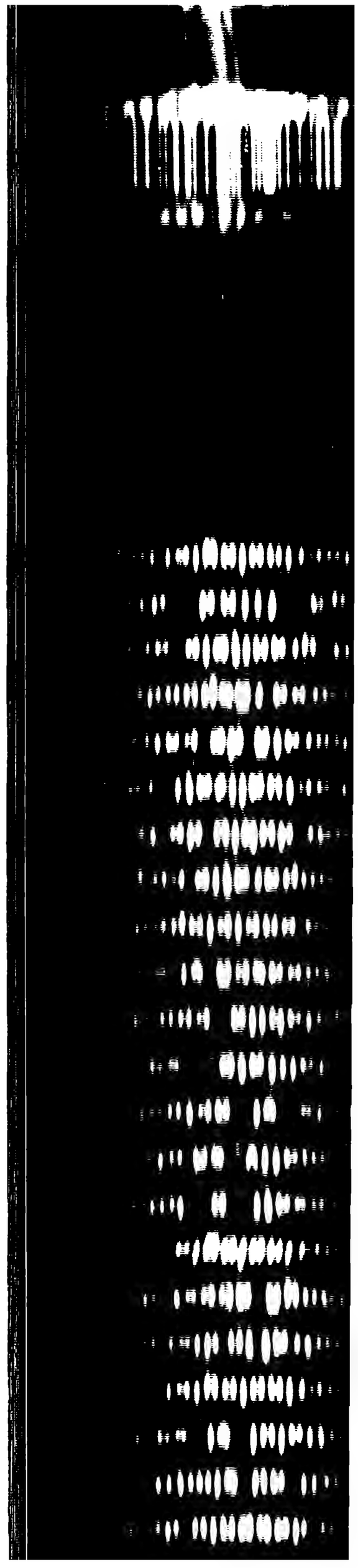
Mi-am exprimat cu glas tare nedumerirea. S-a străduit să zâmbească şi mi-a răspuns că, uneori, se întreabă şi el acelaşi lucru. „Am o viaţă destul de confortabilă aici“, mi-a zis Quinlan. Avea semne de avertizare auto pentru persoane cu handicap şi securitate financiară, nu resimţea nici una dintre presiunile obişnuite ale celor care conduc o afacere, iar dacă nu voia să facă vreun lucru oarecare, era suficient să motiveze că-l durea spatele înfiorător de tare. Cu toate acestea, chiar dacă avea pe braţ un plasture care-i asigura, în permanenţă, doze mari de fentanil (un narcotic), nu era capabil să facă nici măcar cele mai simple lucruri – să stea drept, să urce scările sau să doarmă întins pe spate mai mult de patru ore – fără să aibă senzaţia acută că, vorba lui, „cineva îi smulge un muşchi din spate“.

Am întrebat-o pe soţia lui, o femeie înaltă, cu câţiva ani mai tânără decât el, cu trăsături frumoase şi ochi melancolici, dacă-i trecuse vreodată prin minte că bărbatul ei se prefăcea.

Mi-a spus că văzuse acea durere zi şi noapte, de aproape zece ani, şi că s-a confruntat permanent cu problemele din ce în ce mai serioase pe care le genera, impunându-le amândurora, în viaţa de zi cu zi, tot mai multe restricţii. Asistase la cele mai diverse situaţii în care durerea îl doborâse; or, îşi cunoştea atât de bine soţul, încât era sigură că nu s-ar fi prefăcut. O să încerce să ducă aperitivele, dar o să fie nevoit să le dea altcuiva după numai câteva clipe. Cu toate că adora filmele, nu mai fuseseră la cinema de ani şi ani. Uneori, durerea pe care i-o pricinuia mişcarea era aşa de puternică încât îşi murdărea pantalonii până să ajungă la baie.

Există, totuşi, unele aspecte care o nedumeresc şi care-o determină să se întrebe dacă nu cumva, în anumite privinţe, durerea era doar în mintea lui. Observă că, atunci când soţul ei este mai neliniştit sau nervos, simptomele se agravează, iar când e binedispus sau pur şi simplu foarte preocupat de ceva, durerea dispare. Are episoade depresive ce par să-i provoace spasme teribile, aproape indiferent de tipul de activitate fizică în care e angrenat. E la fel de nedumerită ca şi medicii lui de faptul că nu pricepe cum de o durere poate fi atât de invalidantă, fără să fie generată de nici o anomalie perceptibilă de natură fizică. Şi ce-mi putea spune despre împrejurările care prefigurau, de obicei, un episod dureros – o stare de spirit, un gând, uneori absolut nici un motiv aparent? Asemenea manifestări o frapau, considerându-le neobişnuite şi încercând să le găsească o explicaţie. Adevărul, deconcertant, este că Roland Scott Quinlan nu este o persoană neobişnuită. Iar cazul lui este tipic pentru majoritatea celor care suferă de dureri cronice.

Dr. Edgar Ross, un anestezist în pragul vârstei de patruzeci de ani, este director al centrului de tratament pentru dureri cronice din cadrul Brigham and Women's Hospital din Boston,



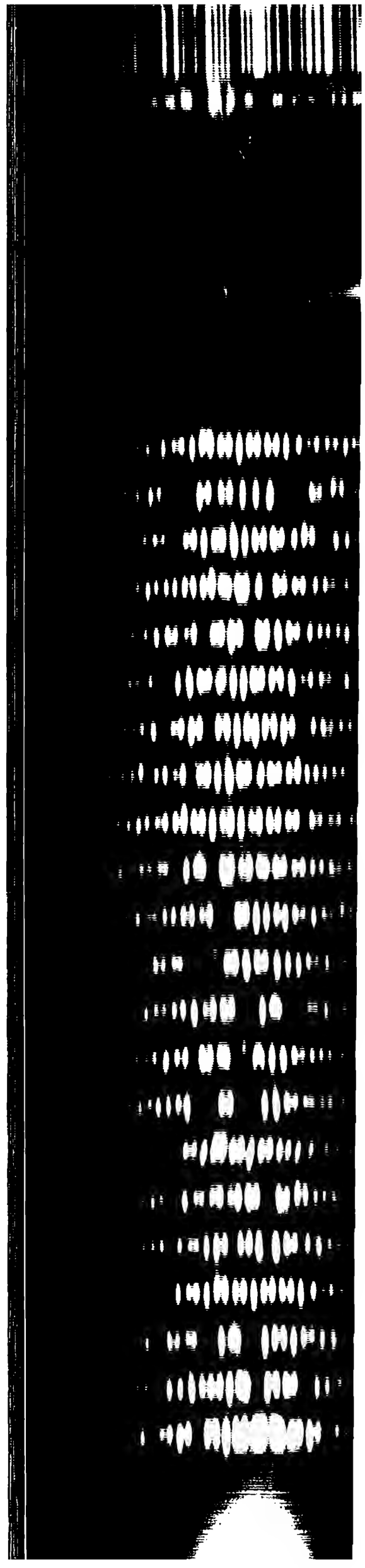
în evidenţa căruia se află şi Quinlan. Pacienţii care solicită asistenţa doctorului Ross prezintă cele mai diverse tipuri de dureri ce pot fi imaginate: de spate, de gât, de natură artritică, la nivelul întregului corp, neuropatice, corelate cu SIDA, pelviene, de cap ori ale „membrului fantomă". Sunt persoane care consultaseră deja numeroşi alţi doctori şi încercaseră multiple terapii, inclusiv din categoria celor chirurgicale, toate însă fără nici un rezultat mulţumitor.

Sala de aşteptare a centrului nu are un aspect diferit de cel al altor unităţi medicale. Aceeaşi mochetă albastră, aceleaşi numere vechi de reviste, aceeaşi expresie impasibilă pe chipul pacienţilor care aşteaptă în linişte, unul lângă altul, pe scaunele aliniate de-a lungul peretelui. O casetă transparentă găzduieşte scrisori de mulţumire. Când l-am vizitat de curând pe dr. Ross, om observat însă că acestea nu erau tocmai tipul de declaraţii de recunoştinţă pe care doctorii le etalează cu satisfacţie. Pacienţii care veneau acolo nu le mulţumiseră medicilor pentru tratamentul administrat, ci, pur şi simplu, pentru faptul că le luaseră în serios durerea – că erau convinşi de existenţa ei. Adevărul e că mulţi doctori – mă refer şi la mine – le sunt recunoscători celor specializaţi în durere. Cu toate că vrem să avem o atitudine neutră în ceea ce priveşte implicarea afectivă în relaţia medic-pacient, admitem, între noi, că socotim persoanele care suferă de durere cronică o sursă de frustrare şi de profundă nemulţumire: evaluarea unor simptome pe care nu le putem nici explica, nici ameliora ne zdruncină pretenţiile de competenţă şi de autoritate. Aşa că nu putem fi decât fericiţi că există oameni ca dr. Ross, capabili să ne preia responsabilitatea tratării unor astfel de pacienţi.

Ross mă conduce în biroul său. Are un glas blând şi molcom, un aer calm, în perfectă concordanţă cu specificul activităţii lui. Îmi spune că problema lui Quinlan este cea mai

frecventă simptomatologie pe care a întâlnit-o în cariera lui. La ora actuală, durerea cronică de spate se situează pe locul al doilea, după răceala obişnuită, în topul afecţiunilor ce determină absenţa de la locul de muncă şi este răspunzătoare pentru circa 40% din plăţile compensatorii acordate angajaţilor. De altfel, SUA se confruntă în prezent cu o adevărată epidemie de dureri de spate, şi nimeni nu-şi explică de ce. Conform accepţiunii generale, le încadrăm în categoria problemelor de natură mecanică, generate de solicitarea necorespunzătoare a coloanei vertebrale. În consecinţă, avem, de vreo şaizeci de ani, programe de protecţia muncii, iar actualmente există chiar şi „şcoli pentru spate", unde se învaţă, printre altele, „modalitatea corectă de a ridica ceva". În ciuda faptului că numărul oamenilor angrenaţi în activităţi fizice brute a scăzut constant, procentul celor afectaţi de durere cronică de spate este mai mare ca niciodată.

Aşa cum remarca Ross, explicaţia de ordin mecanic este, aproape cu siguranţă, greşită. Este adevărat că ridicarea incorectă a unui obiect poate provoca o întindere musculară sau o deplasare de disc intervertebral. O asemenea problemă apare, la un moment dat, în viaţa tuturor, dar în majoritatea cazurilor, efectele ei neplăcute nu persistă. Scorurile studiilor au încercat, fără nici un succes însă, să identifice factorii fizici capabili să prefigureze care dintre afectările acute ale spatelui se vor solda cu durere cronică de coloană. De pildă, doctorii considerau că durerea era asociată cu discurile intervertebrale lezate, dar cercetările recente n-au validat o atare ipoteză. Scanarea coloanei vertebrale prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN) relevă faptul că majoritatea oamenilor care nu prezintă dureri de spate au protruzii la nivelul discurilor intervertebrale. Există însă şi numeroşi pacienţi cu dureri de spate, cum este şi cazul lui Quinlan, în cazul cărora nu sunt evidenţiate leziuni structurale. Ca să nu mai vorbim de faptul că,



până şi în rândul celor cu anomalii detectate imagistic, nu s-a găsit nici o corelaţie între severitatea durerii şi cea a problemelor identificate.

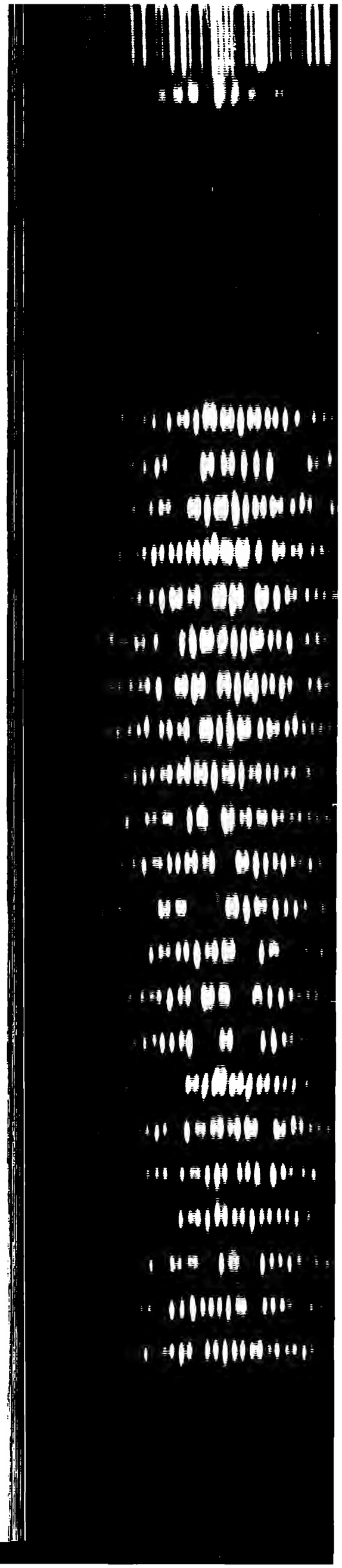
Dacă starea în care se află spatele dumneavoastră nu prefigurează riscul instalării unei dureri cronice la nivelul respectiv, atunci ce anume poate contura o atare perspectivă? Ei bine, este vorba despre tot felul de aspecte ale vieţii cotidiene, pe care nici medicii, nici pacienţii nu prea vor să le ia în considerare. Cercetările scot în evidenţă influenţa unor factori „anorganici", cum sunt singurătatea, implicarea în litigii, statutul de beneficiar al unei compensaţii salariale, nemulţumirea faţă de locul de muncă. Să luăm ca exemplu epidemia de dureri de spate înregistrată chiar în cadrul profesiei medicale. Erau vremuri când agenţii de asigurări pentru handicap îi considerau pe doctori clienţii lor ideali. Nimic nu-i abătea pe medici de la activitatea lor curentă – nici anii în care stăteau aplecaţi deasupra mesei de operaţie, nici artrita, nici măcar vârsta înaintată. Aşa că, încercând din răsputeri să-şi atragă cât mai mulţi clienţi, agenţii de asigurări se concurau unul pe altul, supralicitându-şi ofertele avantajoase şi beneficiile generoase. În ultimii ani însă, numărul medicilor care suferă de dureri de ceafă sau de spate invalidante a crescut semnificativ. E inutil să precizăm faptul că doctorii nu sunt nevoiţi, prin natura meseriei lor, să care greutăţi. A fost identificat, cu toate acestea, un factor de risc confirmat şi de cercetători: aplicarea pe scară tot mai largă a sistemului de *managed care** a avut, în sfera profesiei medicale, un impact negativ asupra satisfacţiei în muncă.

---

* Sistem de îngrijire medicală bazat pe controlul costurilor şi pe creşterea rolului medicului de familie, în sensul că acesta are responsabilitatea efectuării unei prime evaluări a stării de sănătate a pacientului şi îndrumării acestuia, după caz, spre alte specialităţi medicale, spre servicii de chirurgie ori de fizioterapie (n. tr.).

René Descartes a explicat, acum mai bine de trei secole, ce înseamnă durerea, iar punctul lui de vedere a dominat, în tot acest răstimp, aproape întreaga istorie a medicinii. În concepţia sa, durerea era un fenomen de natură pur fizică – lezarea unui ţesut determină stimularea anumitor nervi ce transmit impulsul respectiv către creier, generând, astfel, percepţia durerii la nivel mental. E ca şi când s-ar fi tras de o sfoară ce acţiona un clopoţel situat în interiorul creierului. Actualmente, în secolul XXI, cercetările asupra durerii au avut în vedere, cu precădere, identificarea fibrelor nervoase implicate în transmiterea acesteia (cunoscute, în prezent, sub denumirea de fibre A-delta şi C) şi a căilor specifice de vehiculare a impulsurilor dureroase. În practica medicală curentă, doctorii au o percepţie carteziană asupra durerii, pe care o consideră un proces fizic, o manifestare a unei leziuni tisulare. Încercăm să depistăm existenţa unei rupturi de disc intervertebral, a unei fracturi, infecţii sau tumori şi căutăm să reparăm prejudiciile.

De la o vreme însă, a devenit tot mai evident faptul că o atare explicaţie mecanicistă este prea simplistă. În timpul celui de-al Doilea Război Mondial, de pildă, locotenent-colonelul Henry K. Beecher iniţiase un studiu clasic, pe un eşantion de bărbaţi răniţi grav în timpul luptelor. Conform concepţiei carteziene, severitatea leziunii ar trebui să fie direct proporţională cu cea a durerii. Cu toate acestea, 58 de procente dintre subiecţi – oameni cu fracturi multiple, cu plăgi prin împuşcare ori cu membre răsucite – semnalaseră doar dureri uşoare sau chiar absenţa totală a durerii. Numai 27 de procente dintre participanţi au avut manifestări suficient de serioase încât să impună administrarea unui tratament analgezic, deşi, în cazul pacienţilor civili, astfel de leziuni necesită, de regulă, medicamente din clasa narcoticelor. În mod cert, în mintea lor se întâmpla ceva – Beecher credea



că erau copleşiţi de bucurie că scăpaseră cu viaţă – care contracara semnalele generate de leziunile respective. Începea să fie tot mai clar, aşadar, faptul că durerea implica existenţa unui mecanism mult mai complex decât cel al unei simple transmisii de la nivelul leziunii la cel al lui „aoleu".

În 1965, doi psihologi – unul canadian, Ronald Melzack, şi celălalt britanic, Patrick Wall – au propus înlocuirea modelului cartezian cu aşa-numita Gate-Control Theory of Pain (Teoria porţii de control al durerii). După părerea lor, înainte de-a ajunge la creier, semnalele dureroase sunt supuse mai întâi unui mecanism de triere la nivelul măduvei spinării, care le-ar putea direcţiona preferenţial în sus sau în jos. În unele cazuri, poarta ipotetică ar avea, pur şi simplu, capacitatea de-a împiedica transmiterea impulsurilor dureroase spre creier. De fapt, cercetătorii au identificat recent, în cadrul unei porţiuni din măduva spinării, o „poartă" pentru durere, numită corn posterior. Teoria explica situaţiile, aparent greu de înţeles, de felul celor în care durerea de la nivelul unui picior, de pildă, este ameliorată de simpla lui frecţionare. (Manevra respectivă transmite către cornul posterior semnale ce închid poarta de acces pentru impulsurile dureroase.)

Cea mai surprinzătoare sugestie a celor doi psihologi a fost că, de fapt, controlul „porţii" nu era realizat numai de semnalele emise de nervii senzoriali, ci şi de emoţii ori de alte „indicii" generate de creier. În opinia lor, pentru a face clopotul să sune nu era neapărat nevoie să se tragă de sfoară. Clopotul – mintea – se putea opri singur. Teoria lor a impulsionat efectuarea unui număr mare de cercetări care şi-au propus să descifreze modul cum era influenţată percepţia durerii de diverşi factori, precum starea de spirit, genul masculin sau feminin, convingerile personale. Într-un astfel de studiu, de exemplu, oamenii de ştiinţă au evaluat – prin utilizarea unei metode standard, numită „cold-pressor test" (test

de presare la rece) – pragul de durere şi nivelurile de toleranţă ale unui număr de cincizeci şi doi de dansatori ai unei companii de balet britanice şi, respectiv, de cincizeci şi trei de studenţi. Testul, extrem de ingenios, este foarte simplu. (L-am probat şi eu, acasă.) Îţi imersezi mâna, timp de două minute, mai întâi într-un recipient cu apă la temperatura corpului, în vederea stabilirii unei valori de start, şi apoi într-un vas cu apă rece, de la gheaţă, după care porneşti un cronometru. Notezi momentul în care începe să te doară mâna: acela este pragul tău de durere. Ulterior, notezi momentul în care nu mai suporţi să-ţi ţii mâna în apă: aceea este toleranţa ta la durere. Pentru a evita producerea vreunei leziuni, testul este întrerupt întotdeauna la o sută douăzeci de secunde.

Rezultatele au fost uimitoare. Din rândul studenţilor, participantele de sex feminin au semnalat apariţia durerii, în medie, după şaisprezece secunde şi şi-au tras mâna afară din apa rece după treizeci şi şapte de secunde. Dansatoarele au înregistrat, la ambele tipuri de măsurători, valori aproape triple. Bărbaţii din cele două loturi de subiecţi au avut un prag de durere şi o toleranţă mai mari – aşa cum era de aşteptat, ţinând cont de faptul că studiile au relevat o sensibilitate la durere mai accentuată la femei, comparativ cu bărbaţii, cu excepţia ultimelor săptămâni de sarcină; însă aceeaşi diferenţă considerabilă s-a observat şi între bărbaţii dansatori şi cei care nu aveau o astfel de activitate. Cum se explică un atare decalaj? Probabil că are o legătură cu psihologia balerinilor – o categorie profesională care se remarcă prin spiritul de autodisciplină şi cel de competitivitate, prin aptitudinile fizice deosebite, dar şi prin frecvenţa mare a leziunilor cronice. Fără îndoială, tenacitatea firii lor şi cultura de tip competitiv îi „familiarizează“ cu durerea: aşa se explică de ce reuşesc să-şi continue activitatea în ciuda deselor luxaţii şi a aşa-numitelor fracturi de stres; şi, din acelaşi motiv, jumătate

dintre balerini suferă prejudicii de natură fizică pe termen lung. (Ca şi ceilalţi subiecţi cu alte profesii decât cea de balerin, am început să simt durerea după aproximativ douăzeci şi cinci de secunde; dar am reuşit să-mi ţin mâna în apă rece, fără probleme, pe toată durata celor o sută douăzeci de secunde. Voi lăsa la latitudinea altora speculaţiile pe tema semnificaţiei acestui record pentru spiritul de obedienţă care le este inoculat rezidenţilor în domeniul chirurgiei.)

Alte studii, care au urmărit aspecte similare, au arătat, pe de-o parte, că toleranţa durerii este mai mare la persoanele extravertite decât la cele introvertite, dar mai mică la consumatorii abuzivi de medicamente, care au şi un prag al durerii mai scăzut, iar pe de altă parte, că, prin atrenament, poate fi diminuată sensibilitatea la durere. Există, de asemenea, dovezi uluitoare ce susţin ideea că până şi unele sugestii mentale foarte simple pot avea efecte puternice asupra durerii. Astfel, în cadrul unui studiu efectuat pe cinci sute de pacienţi supuşi unor proceduri stomatologice diverse, s-a constatat că aceia cărora li s-a administrat o injecţie cu placebo, despre care au primit asigurări că le va alina durerea, au avut cel mai mic grad de disconfort – nu numai faţă de cei cărora li s-a dat placebo, dar nu li s-a spus nimic despre efectul lui, ci şi comparativ cu subiecţii cărora li s-a oferit un anestezic real, neînsoţit însă de nici un comentariu încurajator cu privire la eficienţa medicamentului. În prezent, este din ce în ce mai evident faptul că perceperea individuală a durerii nu presupune un simplu tras al clopotului, ci implică participarea activă a creierului. Astăzi, orice tratat de medicină prezintă teoria porţii de control al durerii ca pe un fapt real. Conceptul are însă şi un punct slab. Nu explică situaţii ca aceea a lui Roland Scott Quinlan.

Teoria menţionată acceptă concepţia lui Descartes, potrivit căreia ceea ce simte cineva sub formă de durere este un

semnal emis de ţesutul lezat, transmis de nervi către creier, dar adaugă noţiunea că creierul deţine controlul asupra unei „porţi" de vehiculare a unui asemenea avertisment al zonei afectate. În cazul durerii de spate cronice a lui Quinlan însă, unde era localizată leziunea? Sau gândiţi-vă, de pildă, la situaţiile celor care simt durerea unui membru-fantomă. După amputarea unui membru, cei mai mulţi oameni trec printr-o perioadă marcată de senzaţii permanente, rebele, de arsură sau de cârcei, identice cu cele pe care le-ar fi perceput dacă membrul respectiv ar fi fost în continuare la locul lui. În absenţa unui membru, nu există impulsuri nervoase asupra cărora poarta să trebuiască să-şi exercite controlul. Şi-atunci, de unde provine durerea? Au dispărut şi sfoara, şi limba clopotului, dar acesta poate să sune în continuare.

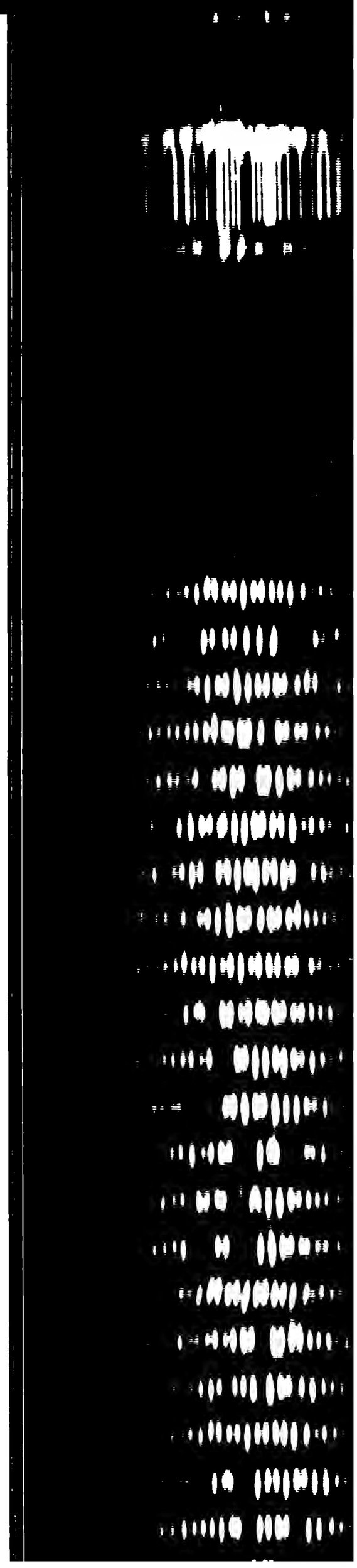
Într-o zi de primăvară a anului 1994, dr. Frederick Lenz, neurochirurg la spitalul Johns Hopkins, a adus pe masa de operaţie un pacient care prezenta un tremor sever al braţelor. Bolnavul, pe care-l voi numi Mark Taylor, nu avea decât treizeci şi şase de ani, însă în timp, ajunsese să-i tremure mâinile într-o manieră atât de violentă, încât până şi cea mai simplă activitate – scrisul, închisul nasturilor unei cămăşi, băutul dintr-un pahar sau folosirea tastaturii la serviciu (lucra ca agent de achiziţii) – devenise absurd de dificilă. Tratamentul medicamentos eşuase şi i s-a întâmplat, nu o dată, să-şi piardă locul de muncă datorită problemelor cu care se confrunta. Din dorinţa disperată de-a avea din nou o viaţă normală, a fost de acord să se supună unei proceduri delicate: o intervenţie chirurgicală cerebrală ce urma să distrugă celulele unei structuri de mici dimensiuni, numită talamus, despre care se ştia că este implicată într-un asemenea proces de stimulare excesivă a mâinilor.

Taylor avea însă şi o altă mare problemă: se confruntase, vreme de şaptesprezece ani, cu o tulburare de panică gravă. Cel puţin o dată pe săptămână, când lucra la calculator sau în timp ce-i dădea să mănânce unuia dintre copii, în bucătărie, era cuprins, brusc, de dureri toracice puternice, ca şi când ar fi avut un atac de cord. Îi bătea tare inima, îi vâjâiau urechile; i se tăia respiraţia şi avea o nevoie irezistibilă de evadare. Psihologul pe care-l consultase Lenz îl asigurase însă că nu exista riscul ca tulburarea respectivă să stânjenească în vreun fel operaţia programată.

Lenz spune că, iniţial, totul a decurs aşa cum se aştepta. A injectat un anestezic local – intervenţia se efectuează pe pacientul aflat în stare de conştienţă – şi a practicat un mic orificiu în vârful craniului lui Taylor. Apoi a inserat adânc, în talamus, un dispozitiv electric lung, subţire. Lenz vorbea tot timpul cu Taylor, rugându-l să scoată limba, să mişte o mână, să facă o mulţime de alte gesturi care să-i arate că era bine. Într-un asemenea tip de operaţie există pericolul distrugerii celulelor asupra cărora nu trebuie să se intervină: celulele talamice implicate în tremor sunt situate la o distanţă de numai un milimetru de cele care au un rol esenţial în funcţiile senzoriale şi în activitatea motorie. Aşadar, înainte de a cauteriza cu un al doilea dispozitiv electric, de dimensiuni mai mari, chirurgul trebuia să identifice, mai întâi, celulele ce necesitau intervenţia, prin aplicarea unor stimuli electrici de mică intensitate. Dispozitivul era introdus într-o porţiune a talamusului lui Taylor marcată de Lenz cu indicativul „Situsul 19“, pe care a expus-o acţiunii unui curent electric de voltaj scăzut. Mi-a spus că efectuase procedura respectivă de sute de ori până atunci şi întotdeauna avea acelaşi efect asupra pacienţilor, care simţeau o pişcătură în antebraţ. Este aproape sigur că o senzaţie similară avusese şi Taylor. Ulterior, Lenz a repetat operaţiunea la nivelul unei zone alăturate,

denumită de el „Situsul 23“, caz în care stimularea produce, de regulă, o uşoară şi foarte banală furnicătură în piept. De data aceea însă, Taylor a simţit, pe neaşteptate, o durere mult mai penetrantă – de fapt, exact tipul de disconfort toracic pe care-l avea în timpul atacurilor de panică, însoţit, ca de obicei în momentele respective, de senzaţia de sufocare şi de sentimentul de moarte iminentă. Intensitatea ei i-a smuls un ţipăt şi aproape că l-a determinat să sară de pe masă. Când Lenz a oprit stimularea, senzaţia a dispărut, iar Taylor a redevenit, brusc, la fel de calm ca înainte. Derutat, chirurgul a reluat expunerea Situsului 23 la curent electric şi a constatat că intervenţia a produs din nou acelaşi efect asupra pacientului. S-a oprit iarăşi, i-a cerut scuze lui Taylor pentru disconfortul provocat şi şi-a continuat demersul de localizare a celulelor responsabile de tremor, în vederea cauterizării. Operaţia a fost încununată de succes.

Cu toate acestea, în timp ce încheia procedura, Lenz se tot gândea la ce se întâmplase. Doar o singură dată mai întâlnise un efect asemănător: la o bolnavă în vârstă de şaizeci şi nouă de ani, cu un istoric îndelungat de angină pectorală cu probleme, ce survenea nu doar ca urmare a practicării unei activităţi intense, ci şi în situaţiile ce implicau un efort fizic moderat, care n-ar fi fost normal sa-i suprasolicite inima. Când a operat-o, aplicând o tehnică similară celei folosite în cazul lui Taylor, Lenz a constatat şi la ea că stimularea secţiunii microscopice a creierului, ce induce de obicei doar o uşoară senzaţie de furnicătură în piept, i-a declanşat o durere toracică mult mai puternică, pe care-o cunoştea foarte bine – era acea senzaţie caracterizată de pacientă ca fiind „profundă, înfricoşătoare, apăsătoare“. Poate că semnificaţia unui asemenea fenomen n-ar fi fost deslușită niciodată, dar Lenz îşi consacrase mulţi ani din viaţa de medic studiului durerii, aşa că şi-a dat seama că asistase la manifestarea unui efect important



şi edificator. Aşa cum arăta într-un articol publicat ulterior în revista *Nature Medicine*, anvergura reacţiei observate în cazul celor doi pacienţi era surprinzător de disproporţionată faţă de intensitatea stimulului. Ceea ce generează, la majoritatea oamenilor, o simplă furnicătură, pentru ei reprezenta o adevărată tortură. Părea că unele zone cerebrale care controlau senzaţiile obişnuite căpătaseră o sensibilitate anormală – ca şi când ar fi luat foc ca răspuns la nişte stimuli complet inofensivi. În cazul femeii, declanşarea durerii toracice părea să constituie un indiciu al afecţiunii ei cardiace, dar împrejurările în care apăruse nu reflectau absolut deloc perspectiva unui atac de cord iminent. Şi mai ciudat este că, la Taylor, durerea nu survenise în contextul unei afectări fizice preexistente, ci se manifestase exact ca în cazul tulburării lui de panică, or, se ştie că aceasta este o problemă de natură psihică. Concluziile cercetărilor lui Lenz sugerează că, de fapt, întregul fenomen al durerii îşi are originea „în mintea oamenilor" – şi, mai mult decât atât, uneori, aşa cum s-a întâmplat cu Mark Taylor sau, posibil, şi cu Roland Scott Quinlan, sistemul durerii se poate deregla fără să existe nici un fel de leziune fizică incriminantă.

Aceasta este cea mai recentă teorie cu privire la durere. Cel mai înfocat susţinător al ei este – cine altul? – Melzack, care, abandonând-o pe cea a porţii de control, vehiculată spre sfârşitul anilor 1980, a încercat să spulbere reticenţele auditorilor săi, invitându-i să accepte, în lumina datelor de ultimă oră, noul concept. El afirmă că, în actualul context, foarte bine susţinut de rezultatele studiilor ştiinţifice, ar trebui să nu mai considerăm că durerea sau orice alt tip de senzaţie este un semnal „perceput" într-o manieră pasivă, la nivelul creierului. Desigur, leziunile determină impulsuri nervoase vehiculate printr-o poartă a măduvei spinării, însă creierul este acela care generează senzaţia de durere, chiar şi în absenţa

unor stimuli externi. Dacă un om de ştiinţă nebun n-ar mai lăsa din organsimul dumneavoastră decât creierul, conservat într-un borcan, susţinea Melzack, tot aţi putea simţi durerea – da, aţi putea trăi, realmente, întreaga gamă de experienţe senzoriale.

Potrivit noii teorii, durerea şi alte senzaţii sunt concepute la nivel cerebral, aidoma unor „neuromodule" – ceva asemănător cu programele de calculator individuale imprimate în memoria computerului ori cu înregistrările de pe un compact disc. Când apare senzaţia de durere, creierul este cel care activează un neuromodul ce induce experienţa durerii, de parcă cineva ar apăsa pe butonul butonul *play* al unui CD player. Iar butonul poate fi apăsat de o sumedenie de alte lucruri (în afară de intervenţia unui neurochirurg asupra neuronului potrivit, pe care-l expune unui curent electric cu voltaj scăzut). În viziunea lui Melzack, neuromodulul durerii nu este o entitate anatomică discretă, ci o reţea, care leagă între ele, de fapt, componente din fiecare regiune a creierului. Indiciile sunt adunate de la nivelul nervilor senzoriali, al memoriei, al stării psihice şi al altor centri, aidoma membrilor unei comisii care trebuie să decidă dacă e cazul sau nu să pornească muzica. În momentul în care ating un anumit prag, semnalele stimulează neuromodulul. Iar acordurile declanşate nu sunt monotone. Durerea e o simfonie – un răspuns complex, ce include nu numai o senzaţie distinctă, ci şi activitate motorie, o modificare a stării emoţionale, o concentrare a atenţiei, o memorie complet nouă.

Dintr-odată, o simplă lovitură accidentală la degetul de la picior nu mai pare atât de banală. Într-o asemenea perspectivă, semnalul emis de degetul lezat tot trebuie să treacă prin poarta măduvei spinării, însă după aceea se alătură multor alte semnale din creier – generate de amintiri, anticipări, stări sufleteşti, confuzii. E posibil ca, prin combinarea lor, să activeze

neuromodulul deget-durere. La unii oameni însă, se întâmplă ca stimulul fizic să fie anihilat, iar lovitura de la deget să treacă aproape neobservată. Până aici, nimic neobişnuit. Dar de-acum încolo, ne putem imagina – şi aceasta este cea mai revoluţionară implicaţie a conceptului formulat de Melzack – că acelaşi neuromodul se poate deregla, generând o durere reală la nivelul degetului de la picior, fără ca acesta să fi fost lezat în vreun fel. Neuromodulul ar putea intra într-o stare de alertă – ca în cazul Situsului 23 din creierul lui Mark Taylor. După care, orice l-ar putea relansa: o senzaţie tactilă ori de frică, un sentiment brusc de frustrare sau o simplă amintire.

Noua teorie cu privire la psihologia durerii a contribuit, într-o manieră aproape perversă, la orientarea farmacologiei durerii. Pentru farmacologi, Sfântul Potir al terapiei durerii cronice este o pilulă mai eficientă decât morfina, dar fără nici unul dintre efectele secundare ale acesteia (dependenţa, toropeala şi insuficienţa motorie). Dacă problema ce trebuie rezolvată implică existenţa unui sistem neuronal hiperactiv, atunci soluţia o reprezintă un medicament capabil să-l ponderеze. Aşa se explică de ce, în cadrul unei abordări terapeutice care, acum zece ani, ar fi putut părea destul de ciudată, specialiştii în fenomenul durerii prescriu din ce în ce mai frecvent pentru pacienţii lor cei mai dificil de tratat, medicamente antiepileptice, precum carbamazepina şi gabapentina. În fond, preparatele farmaceutice de tipul celor menţionate nu fac altceva decât să răspundă scopului propus: ajută celulele creierului să-şi moduleze excitabilitatea. S-a constatat, până în prezent, că astfel de agenţi terapeutici sunt eficienţi numai pentru unii oameni – Quinlan era unul dintre cei care urmase, timp de peste şase luni, fără succesul scontat, un tratament cu gabapentină; companiile farmaceutice fac însă eforturi susţinute în direcţia elaborării unei noi generaţii de compuşi „neurostabilizatori“ similari.

Pornind tocmai de la asemenea premise, Neurex, de pildă, o mică firmă de biotehnologie din Silicon Valley (cunoscută, în prezent, sub numele de Elan Pharmaceuticals), a sintetizat, nu demult, din veninul unor melci marini din genul *Conus*, un medicament antalgic. Se ştie că veninurile au un remarcabil potenţial biologic şi că, spre deosebire de majoritatea proteinelor naturale pe care cercetătorii au încercat să le utilizeze în scopuri terapeutice, nu sunt afectate de mecanismele de degradare a proteinelor ce acţionează la nivelul organismului uman. Abilitatea oamenilor de ştiinţă constă în neutralizarea veninului şi modificarea structurii sale, astfel încât să se preteze pentru uz medical. Era cunoscut faptul că veninul melcilor din genul *Conus* are efect letal, din cauza blocării căilor cerebrale specifice implicate în excitarea neuronilor. În urma unor modificări ale formulei originale a moleculei de venin, cercetătorii de la Neurex au reuşit să creeze Ziconotid, un medicament ce produce doar o uşoară inhibiţie a căilor respective. Se pare că, în loc să anihileze funcţionarea celulelor creierului, noul preparat le stopează, pur şi simplu, excitabilitatea. În primele studii clinice în care a fost evaluat, Ziconotid a avut o acţiune eficientă în tratamentul durerii cronice provocate de boala canceroasă şi de SIDA. Un alt reprezentant al noii generaţii de analgezice, produs de compania Abbott Laboratories şi denumit ABT-594, are o formulă asemănătoare celei a unui compus otrăvitor secretat de o specie ecuadoriană de broaşte, *Epibpedobates tricolor*. În cadrul unui experiment efectuat pe animale de laborator s-a dovedit că ABT-594 avea un efect analgezic de cincizeci de ori mai puternic decât cel al morfinei. Companiile farmaceutice se pregătesc să lanseze şi o altă clasă de agenţi terapeutici, cunoscuţi sub denumirea de antagonişti NMDA, care sunt utilizaţi tot în scopul diminuării excitabilităţii neuronilor. Poate că unul dintre ei se va dovedi a fi tocmai analgezicul pe care-l caută Quinlan şi alţi pacienţi cu probleme similare.

Din păcate, soluţia terapeutică oferită de asemenea medicamente rezolvă problema, în cel mai bun caz, doar pe jumătate. Obiectivul prioritar al cercetării îl constituie identificarea, în cazul unor astfel de pacienţi, a modalităţii optime prin care poate fi împiedicat procesul de alertare a sistemului durerii. Când vorbesc despre durerea lor cronică, oamenii obişnuiesc să amintească, la început, de producerea unui prim traumatism. Aşa că, dintr-o perspectivă istorică, am încercat să împiedicăm instalarea durerii cronice prin prevenirea afectărilor acute. Conceptul a câştigat rapid adepţi în sfera economică, unde s-a dezvoltat o gamă variată de produse ergonomice. Cu toate acestea, lecţiile desprinse din experienţele doctorilor Ross şi Lenz sugerează că antecedentele durerii trebuie căutate mai atent, ele nelimitându-se la nivelul muşchilor şi oaselor pacienţilor. De fapt, unele forme de durere cronică au o evoluţie surprinzător de asemănătoare cu cea a unei epidemii sociale.

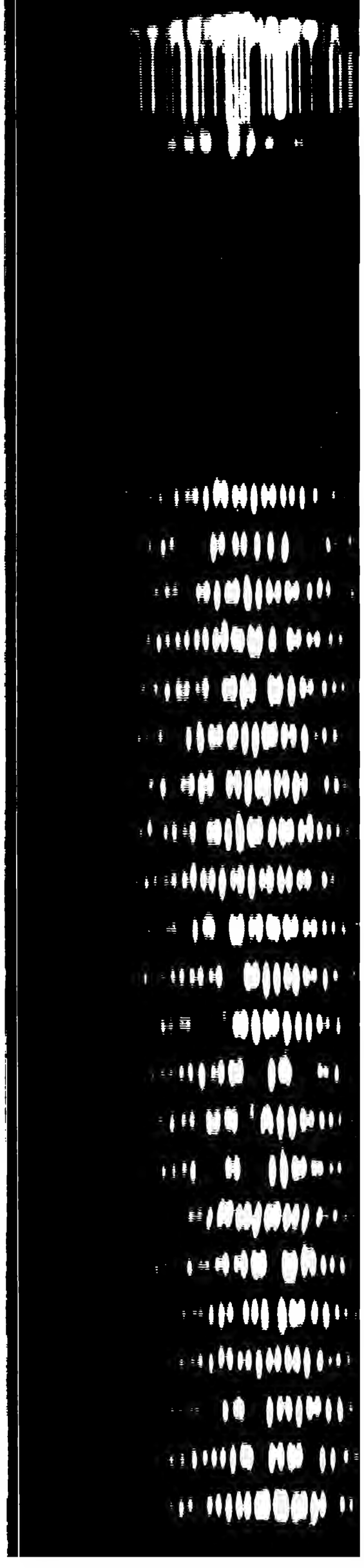
În Australia, la începutul anilor 1980, foarte mulţi muncitori – mai ales cei care lucrau ca programatori – au început să prezinte dintr-odată dureri invalidante la nivelul braţului, diagnosticate de medici sub numele de *repetition strain injury*, sau, prescurtat, RSI*. Nu era defel vorba de o simptomatologie uşoară, asemănătoare aşa-numitei crampe a scriitorului, ci de o durere severă, caracterizată, la debut, printr-un disconfort minor, ce se manifesta în timpul utilizării tastaturii sau al altor activităţi repetitive, dar care avea o evoluţie invalidantă. Durata medie a absentării de la locul de muncă în cazul unei persoane care avea asemenea probleme era de şaptezeci şi patru de zile. Nici în situaţia unor astfel de pacienţi, aidoma celor cu durere de spate cronică, nu au putut fi identificate anomalii fizice evidente, care să justifice

---

* Accidentare provocată de mişcări repetate (n. tr.).

simptomele, sau tratamente eficiente. Iar numărul de cazuri înregistra o creştere epidemică. Înainte de 1981, o asemenea simptomatologie era ca şi inexistentă, dar până în 1985, când s-a semnalat apogeul acelui fenomen, aproape contagios, durerea de braţ ajunsese să afecteze o masă uriaşă de muncitori. În două state australiene, 30% din forţa de muncă angajată în unele ramuri industriale era în incapacitatea de muncă provocată de RSI; în acelaşi timp, existau grupuri de lucrători care nu erau deloc afectaţi. Chiar şi în cadrul unei singure organizaţii apăreau astfel de grupuri. La Telecom Australia, de exemplu, incidenţa RSI în rândul operatorilor de telefonie dintr-un singur oraş varia foarte mult între un departament şi altul. Iar cei care au studiat fenomenul n-au reuşit să găsească nici o corelaţie între RSI şi factorii fizici din mediul de lucru – natura repetitivă a muncii sau caracteristicile ergonomice ale echipamentului utilizat de muncitori. Apoi, la fel de brusc cum debutase, epidemia a început să capete un curs descendent. Până în 1987, se stinsese, practic, complet. Spre finele anilor 1990, cercetătorii australieni se plângeau că nu putuseră să găsească un număr suficient de pacienţi cu RSI ca să studieze fenomenul.

Durerea de spate cronică face parte din viaţa noastră de atâta vreme, încât este dificil, din punct de vedere conceptual – chiar şi politic –, să facem o evaluare retrospectivă, ca să-i identificăm etiologia socială, nemaivorbind de încercarea de-a elucida modul în care factorii culturali determină dereglarea sistemului durerii unui individ. Epidemia din Australia demonstrează forţa unor astfel de factori de a provoca, la scară naţională, fenomene algice autentice, invalidante; şi totuşi cunoştinţele noastre cu privire la cauzele apariţiei lor şi la modalităţile de control adecvate sunt foarte precare. Ştim, din cele mai variate studii efectuate până în prezent, că reţelele de suport social – un mariaj fericit şi un loc de



muncă satisfăcător, să zicem – le conferă oamenilor protecţie faţă de durerea de spate invalidantă. Şi mai ştim, din date statistice, că stabilirea anumitor diagnostice tranşante şi acordarea indemnizaţiilor pentru incapacitate de muncă (şi, într-un fel, recunoaşterea şi validarea oficială a problemei în speţă) pot duce la perpetuarea unor asemenea fenomene cronice. În Australia, de exemplu, mulţi cercetători consideră că principalii factori declanşatori ai epidemiei au fost etichetarea RSI drept un diagnostic implacabil şi măsurile precipitate ale guvernului în vederea asigurării unor compensaţii băneşti pentru sindromul în cauză, încadrat într-un grad de invaliditate. Când diagnosticul n-a mai fost agreat de medici, iar fondurile necesare pentru indemnizaţiile de incapacitate de muncă au devenit tot mai greu de obţinut, incidenţa simptomelor asociate cu respectivul diagnostic a înregistrat un declin rapid. A reieşit, totodată, că declanşarea epidemiei a fost favorizată, de fapt, de publicitatea iniţiată în jurul posibililor candidaţi la statutul de pacienţi cu RSI şi de campaniile locale concertate, menite să încurajeze semnalarea simptomatologiei specifice sau să instituie diverse măsuri novatoare de natură ergonomică. Relativ recent, în SUA a fost lansată o dezbatere referitoare la cauzele apariţiei unui fenomen epidemic similar, căruia i-au fost atribuite diverse denumiri, precum accidentare provocată de mişcări repetate, tulburare datorată mişcărilor repetitive sau tulburare traumatică cumulativă (care este şi varianta agreată oficial). Se dovedea din nou că factorii de risc cei mai importanţi erau, cu precădere, de natură socială, nu fizică.

Nu numai durerea de spate şi cea de braţ sunt generate de alte cauze decât cele fizice. Studiile au arătat că întregul context social joacă un rol hotărâtor în cazul multor sindroame algice cronice, precum durerea pelviană cronică, tulburările articulaţiei temporo-mandibulare şi cefaleea de tip

tensiune, ca să enumerăm doar câteva exemple. Reiau ideea că nu se pune problema unei exagerări nejustificate a simptomatologiei din partea pacienţilor. Aşa cum sugerează Melzack, durerea neprovocată de o leziune fizică nu este deloc mai puţin reală şi credibilă decât cea care are o asemenea cauză – precis că la fel stau lucrurile şi la nivelul creierului. Prin urmare, o abordare empatică a durerii cronice implică şi o analiză atentă a coordonatelor ei sociale, nu numai a celor fizice. Pentru că e posibil ca soluţionarea problemelor generate de durerea cronică să ţină mai degrabă de ceea ce se petrece în lumea exterioară decât de fenomenele din forul nostru interior. Noua teorie a durerii are numeroase implicaţii, dar cea mai surprinzătoare şi mai complexă este următoarea: a conferit durerii conotaţii politice.

O senzaţie de disconfort

La început, starea de greaţă nu părea să pună nici un fel de probleme. Amy Fitzpatrick era însărcinată în opt săptămâni – cu gemeni, aşa cum evidenţiase ecografia – şi, urmărind evoluţia surorii şi prietenelor sale în timpul sarcinii, înţelesese că un astfel de simptom era inerent. Prima ei experienţă de acest fel a fost însă, fără îndoială, foarte neplăcută. Era în plin trafic, pe FDR Drive din New York, la volanul automobilului său, un Honda Civic, grăbindu-se să ajungă la serviciu. În timp ce rula cu aproape 80 de kilometri pe oră, şi-a dat seama, la un moment dat, că-i vine să vomite.

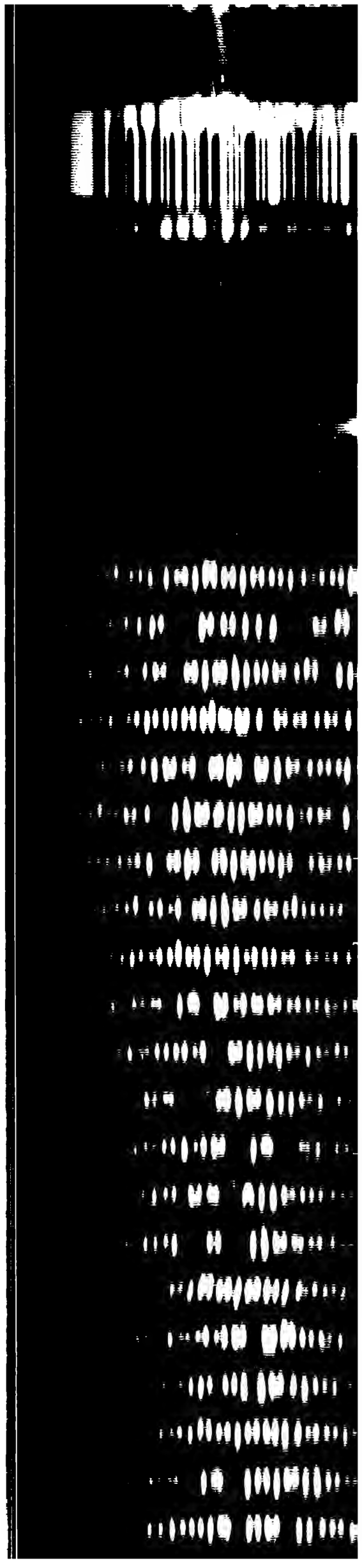
Fitzpatrick avea douăzeci şi nouă de ani, era înaltă, părul negru şi des realiza un contrast plăcut cu paloarea tenului de irlandeză, iar faţa ei cu gropiţe şi aerul aproape adolescentin creau impresia că era greu să fie luată în serios, în ciuda MBA-ului obţinut la Universitatea Wharton. Locuia în Manhattan; soţul era consultant de investiţii la o bancă în oraş, iar ea preferase să lucreze în Manhasset, Long Island, pe un post de consultant în management pentru North Shore Health System. Era o dimineaţă răcoroasă de martie şi trebuia să găsească urgent un loc unde să se oprească.

Când a ieşit de pe autostradă şi s-a angajat pe Triborough Bridge, se simţea ameţită, iar stomacul îi era într-o stare de agitaţie cumplită. Era în ceea ce se numeşte, în limbaj ştiinţific, „fază prodromală de vomă“. Apare o salivaţie abundentă, uneori cu caracter torenţial. Se dilată pupilele. Inima

bate într-un ritm nebunesc. Vasele de sânge de la nivelul pielii se contractă, accentuând paloarea – oamenii de ştiinţă de la NASA au utilizat chiar senzori epidermici în scopul detectării aşa-numitului rău de spaţiu al astronauţilor, care, foarte adesea, nu recunosc că au stări de greaţă. Oamenii sunt cuprinşi de transpiraţii reci. În decurs de numai câteva minute se instalează o stare de oboseală şi, deseori, de somnolenţă. Sunt afectate serios atenţia, reflexele şi concentrarea.

Într-un atare context, stomacul devine sediul unei activităţi electrice anormale, care îl împiedică să se golească şi îi induce tendinţa de relaxare. Esofagul se contractă şi trage porţiunea superioară a stomacului, de la nivelul abdomenului, prin intermediul diafragmei, către torace, formându-se un fel de pâlnie între stomac şi esofag. Apoi, dintr-o singură mişcare, cunoscută sub numele de „contracţie masivă retrogradă", intestinul subţire superior (duodenul) îşi evacuează conţinutul înapoi, în stomac, fază ce precedă procesul de vomă propriu-zis. În porţiunea inferioară a intestinului subţire se produc contracţii ritmice de mai mică anvergură, care împing conţinutul către colon.

Fitzpatrick s-a înscris, ca şi ceilalţi şoferi din preajma ei, pe culoarul de ieşire de pe pod. Căuta un loc unde să poată trage pe partea dreaptă a drumului, dar nu vedea nici unul. A început să treacă de pe o bandă pe alta, spre stânga, încercând cu disperare să găsească un refugiu printre sensurile de mers către şi dinspre punctele de plată a taxelor. Senzaţia de vomă devenise iminentă, aşa că a smuls, în ultimul moment, o pungă de plastic goală. Apoi a vomat – în punga pe care-o ţinea cu o mână, dar şi pe rochia şi pe jacheta pe care le purta. A reuşit totuşi să-şi ţină ochii deschişi şi să păstreze direcţia maşinii, până ce a putut să evadeze din trafic. S-a oprit într-un refugiu, s-a aplecat în faţă peste centura de siguranţă şi a vomat tot ce-i mai rămăsese în stomac.



Actul propriu-zis al vomei are două faze. Cea pregătitoare implică două etape de contracţii coordonate ale muşchilor abdominali, diafragmei şi muşchilor inspiratori, în urma cărora nu se elimină nimic. În faza de expulzare, diafragma şi abdomenul suferă o contracţie puternică, prelungită, ce generează o presiune intensă în stomac; relaxarea esofagului induce un efect asemănător celui determinat de deschiderea supapei unui hidrant de incendiu.

După ce vomită, oamenii se simt mai bine, de regulă, cel puţin pentru un timp. În cazul lui Fitzpatrick nu s-a întâmplat aşa. Stătea în maşină, aşteptând să-i treacă starea de rău, dar în zadar. În cele din urmă, cu toată senzaţia de greaţă persistentă, a pornit din nou maşina spre pod şi a făcut cale întoarsă spre casă, unde s-a băgat direct în pat. În următoarele zile a început să-şi piardă pofta de mâncare şi să nu mai suporte deloc mirosurile puternice. La sfârşitul săptămânii a plecat împreună cu soţul ei, Bob, spre Alexandria, Virginia, ca să-şi petreacă sărbătorile de Paşti alături de familia ei. A suportat cu mare greutate călătoria, fiind nevoită să stea tot drumul întinsă pe bancheta din spate. Abia după câteva luni a fost în stare să se întoarcă la New York.

Odată ajunsă la părinţii ei, simptomele s-au agravat rapid. În acel weekend n-a putut înghiţi nici un fel de aliment, fie el solid sau lichid. Elimina tot. A suferit o deshidratare puternică. Luni, a doua zi de Paşti, a stat câteva ore în spital, unde i s-au administrat perfuzii intravenoase pentru rehidratarea organismului. A fost consultată de obstetricianul mamei sale, care a asigurat-o că stările de greaţă şi de vomă erau normale în perioada sarcinii şi i-a dat câteva sfaturi practice, obişnuite: să evite mirosurile puternice şi lichidele reci, să încerce să înghită, ori de câte ori era posibil, cantităţi mici de alimente – poate biscuiţi sau alte preparate cu un conţinut mai bogat de carbohidraţi. Dat fiind faptul că simptomele lui Fitzpatrick

erau normale, doctorița n-a considerat necesar să-i prescrie vreun medicament. Stările de rău caracteristice gravidității, a subliniat ea, dispar de obicei începând din săptămâna a paisprezecea ori, cel mult, a şaisprezecea de sarcină.

Fitzpatrick era hotărâtă să-i urmeze sfaturile, dar a constatat că nu putea tolera nici un fel de aliment, cu excepția biscuiților ori a pâinii prăjite, şi acelea doar câte-o înghiţitură. Spre sfârşitul săptămânii se impunea o nouă repriză de rehidratare, iar doctorița a aranjat ca o asistentă să vină la domiciliul părinților ei ca să-i administreze lichide pe cale intravenoasă. Fitzpatrick simțea permanent că e pe punctul de-a voma. Înainte putea mânca aproape orice; acum, numai mirosul celor mai inofensive alimente îi crea senzația de nod în gât. Se amuzase întotdeauna în instalațiile de tip *montagnes russes* din parcurile de distracții; iar acum, drumul cu maşina sau statul în picioare ori simpla înclinare a capului îi provocau senzația de rău de mişcare. Nu putea nici să coboare scările. Ameța chiar şi în timp ce stătea întinsă în pat, uitându-se la televizor sau răsfoind o revistă. În următoarele două săptămâni avea să se confrunte cu cinci-şase episoade de vărsături pe zi. A slăbit şase kilograme, în loc să ia în greutate, ca orice femeie însărcinată cu gemeni. Cel mai dramatic era însă sentimentul că-şi pierdea controlul asupra propriei vieți. Glasul interior, al directorului unui departament de management, îi dicta că nu putea suporta aşa ceva. Iat-o din nou în casa în care văzuse lumina zilei. Mama ei a fost nevoită să-şi întrerupă temporar serviciul la liceul în care preda, ca să aibă grijă de ea. Se simțea ca un copil neajutorat.

Ce este, de fapt, greața, acest agresor ciudat şi groaznic? Subiectul este aproape ignorat în facultățile de medicină, în ciuda faptului că, după durere, greața este cea mai frecventă cauză a solicitării unui consult medical. Este un exemplu

tipic de efect secundar al medicamentelor. În cazul pacienţilor care au suferit intervenţii chirurgicale, vărsătura consecutivă anesteziei este atât de des întâlnită, încât fiecare pat din saloanele de reanimare/terapie intensivă postoperatorie este dotat cu câte o tăviţă renală. Este o stare foarte frecventă şi în rândul bolnavilor supuşi chimioterapiei, care o percep ca fiind partea cea mai greu de suportat a tratamentului. Între 60 şi 85 de procente dintre femeile însărcinate au aşa-numitul „rău matinal“ sau „rău de sarcină“, iar o treime dintre cele care lucrează nu pot merge la serviciu din această cauză. La aproximativ cinci din o mie de gravide, starea respectivă are manifestări atât de severe, încât le provoacă o apreciabilă scădere în greutate – o asemenea afecţiune este denumită „sarcină toxică“ (*hiperemesis gravidiarum*). Şi mai este, desigur, acel rău de mişcare, ce ne poate indispune, măcar o dată-n viaţă, pe fiecare dintre noi. Răul de mare i-a preocupat încă din Antichitate pe greci, în timpul campaniilor militare. (Cuvântul *nausea* provine din denumirea grecească a termenului de navă.) Răul de mişcare de care suferă participanţii la simulatoarele de realitate virtuală continuă să frâneze avântul industriei de echipamente destinate practicării unui asemenea tip de activitate. Iar răul de spaţiu le creează frecvent neplăceri astronauţilor, chiar dacă, de cele mai multe ori, nu se prea comentează asupra acestui aspect.

Cel mai surprinzător este faptul că starea de vomă are efecte deosebit de violente asupra organismului uman (Cicero spunea că „ar prefera să fie omorât decât să suporte din nou tortura răului de mare“), şi nu doar de moment. Chiar şi după ce amintirile legate de durerile naşterii s-au estompat aproape complet, mamele păstrează o percepţie încă foarte vie asupra stărilor de vomă, ceea ce le determină, pe multe dintre ele, să nu-şi mai dorească alţi copii. În acest sens, implicaţiile acestei stări sunt remarcabile. Gândiţi-vă de pildă la situaţiile în care

îţi fracturezi piciorul la schi – oricât de puternică ar fi durerea din acele momente, de îndată ce vei fi iarăşi în formă, vei schia din nou. În schimb, cine a avut o experienţă nefericită după ce a băut o sticlă de gin sau a mâncat stridii nu se mai apropie de „împricinat“ vreme de mulţi ani. În romanul lui Anthony Burgess *Portocala mecanică*, autorităţile i-au aplicat protagonistului, tânărul Alex, un tratament de „spălare a creierului“, ce implica schimbarea comportamentului său violent prin asocierea pornirilor brutale cu sentimentele de vomă, nu cu cele de durere. La fel s-a procedat, cândva, şi în unele oraşe germane. Într-un manuscris ce datează din anul 1843 se descrie un ritual de pedepsire a adolescenţilor delincvenţi, organizat în faţa primăriei: vinovaţii erau închişi într-o cutie, pe care un poliţist o rotea în acelaşi sens, cu viteză mare, până când tinerii prizonieri ofereau „un spectacol dezgustător“ mulţimii adunate.

Natura realmente respingătoare a stărilor de greaţă şi de vomă pare să aibă un scop biologic bine definit. Este evident, de pildă, efectul benefic al vomei după consumarea unui aliment otrăvitor sau alterat: determină eliminarea toxinei. Iar senzaţiile teribil de neplăcute asociate unor astfel de stări îţi inhibă pofta de-a mai mânca vreodată ceva asemănător. Aşa se explică şi de ce asemenea stări – excepţie făcând, desigur, cele controlate – sunt generate, atât de frecvent, de medicamente, de chimioterapie şi de preparatele folosite pentru anestezia generală: toate sunt otrăvuri, iar organismul este programat să le respingă.

Mai dificil de explicat este de ce greaţa şi voma sunt consecinţa acţiunii altor factori, însă oamenii de ştiinţă au început să înţeleagă câte ceva din rosturile naturii. Aţi putea crede că răul de sarcină, de exemplu, ar putea afecta bunul mers al evoluţiei fătului, dat fiind faptul că procesul de creştere a embrionului este indisolubil legat de nutriţie. Cu toate acestea, într-un

faimos articol publicat în anul 1992, biologul evoluţionist Margie Profet a prezentat un studiu de caz extrem de convingător prin care a impus ideea că răul de sarcină are, de fapt, un efect protector. Autoarea a arătat că alimentele naturale care nu prezintă nici un risc pentru adulţi s-au dovedit a fi, de cele mai multe ori, periculoase pentru embrion. Toate plantele produc toxine, iar pentru a le putea folosi în alimentaţie, organismul uman şi-a pus la punct sisteme elaborate de detoxifiere. Dar compuşii chimici nocivi nu sunt eliminaţi complet de către respectivele sisteme, iar embrionul este sensibil până şi faţă de cantităţi infime din ei. (S-a constatat, de exemplu, că în cazul fetuşilor de animale toxinele din cartofi generează malformaţii ale tubului neural chiar şi în concentraţii ce nu prejudiciază în nici un fel starea de sănătate a mamelor; într-adevăr, consumul masiv de cartofi înregistrat în Irlanda poate fi răspunzător de faptul că această ţară deţine recordul mondial în ceea ce priveşte rata de defecte ale tubului neural, mai ales cele cunoscute sub numele de *spina bifida*.)

Profet sugera posibilitatea ca răul de sarcină să fi apărut ca un mecanism de reducere a expunerii embrionului la acţiunea toxinelor naturale. Ea a subliniat faptul că femeile care se confruntă cu o astfel de problemă preferă alimentele inofensive, ce nu se alterează uşor (precum pâinea şi cerealele) şi au o adevărată aversiune faţă de cele asociate cu niveluri mari de toxine naturale, cum sunt produsele cu gust amar sau picant şi cele de origine animală nu foarte proaspete. Teoria ei explică, de asemenea, de ce starea de rău se manifestă cu precădere în timpul primului trimestru de sarcină: fiindcă atunci se formează organele embrionului, care, în acea perioadă, este şi cel mai sensibil faţă de acţiunea toxinelor; totodată, are dimensiuni mici şi un necesar de calorii redus, uşor de acoperit din rezervele de grăsimi ale mamei. În general, femeile cu stări de rău de dimineaţă moderate spre severe au o rată

de pierdere a sarcinii mai scăzută decât cele care nu se confruntă cu astfel de probleme sau, dacă le au, sunt foarte uşoare.

Scopul răului de mişcare este mai dificil de explicat. În 1882, psihologul William James observa că anumiţi oameni surzi erau imuni la răul de mare, iar de-atunci s-a acordat în mod constant o atenţie deosebită rolului sistemului vestibular – componentele urechii interne care ne permit să ne urmărim poziţia în spaţiu. Oamenii de ştiinţă au ajuns să considere că mişcarea viguroasă determină o stimulare exagerată a sistemului, producând, la nivelul creierului, semnale care induc stările de greaţă şi de vomă. Aşa cum relevă însă Charles Oman, un specialist în fiziologie aerospaţială din cadrul M.I.T.*, o asemenea teorie nu putea explica multe dintre caracteristicile răului de mişcare: de ce unele activităţi, cum sunt alergarea, săritul sau dansul, nu induc aproape niciodată o asemenea stare, în vreme ce altele, precum rotirile repetate în Gravitron, cu ocazia târgurilor regionale anuale, produc astfel de neplăceri; de ce persoanele aflate la volanul unei maşini sau la manşa unui avion sunt mult mai puţin susceptibile decât pasagerii; şi de ce starea de rău tinde să se atenueze cu timpul la cei care au trăit o asemenea experienţă. Răul de mişcare poate surveni independent de acţiunea factorului declanşator – ca în cazul răului de care suferă participanţii la simulatoarele de realitate virtuală sau a celui indus pe cale vizuală, de către un fenomen similar, cunoscut sub numele de „cinerama“, ce implică vizionarea filmelor pe ecrane foarte late. Oman a constatat că unul dintre cei mai puternici stimuli ai răului de spaţiu îl constituie simpla urmărire a modului cum pluteşte un astronaut, cu capul în jos, ce-i poate genera privitorului o senzaţie bruscă de greaţă, ca şi când propriul său corp s-ar afla într-o asemenea poziţie.

---

* Massachusetts Institute of Technology – Institutul de Tehnologie Massachusetts (n. tr.).

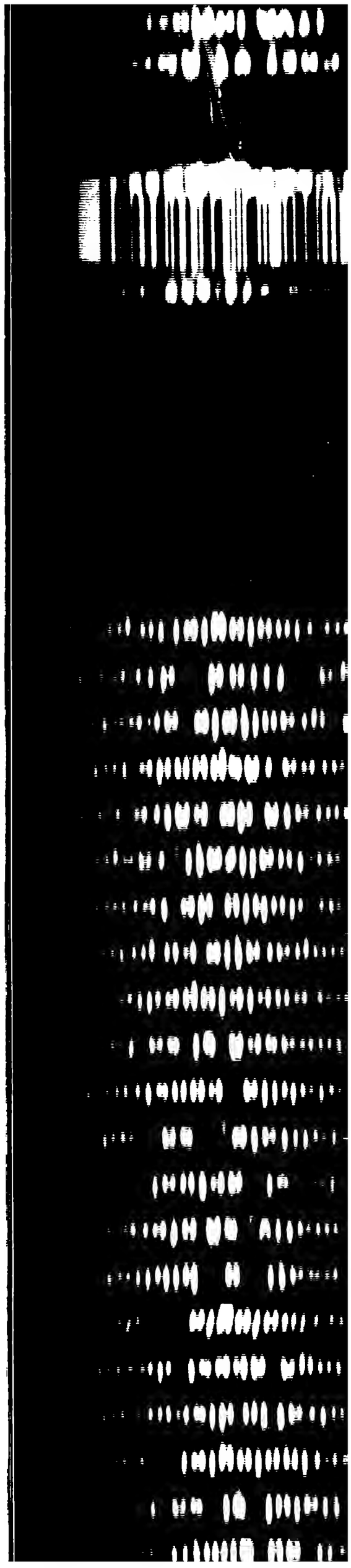
La ora actuală, cercetătorii au ajuns la concluzia că răul de mişcare se produce în contextul declanşării unui conflict între mişcarea pe care o efectuăm şi mişcarea pe care ne aşteptăm s-o efectuăm. Doar pentru a ne menţine în echilibru poziţia capului pe umeri sau cea a corpului, pe şolduri şi picioare, avem nevoie de o „percepţie senzorială a organismului“ cu un reglaj extrem de fin – un sistem ce învaţă să anticipeze mişcarea pe baza informaţiilor recepţionate de la organele de văz, de la muşchi şi, mai ales, de la urechea internă. Starea de greaţă se declanşează în momentul în care creierul primeşte impulsuri senzoriale neanticipate – de pildă, senzaţia pe care o are cineva neobişnuit cu navigaţia şi cu ambarcaţiunile că i se mişcă pământul sub tălpi în sus şi-n jos sau impresia pe care i-o creează unei persoane aflate într-un simulator de realitate virtuală faptul că se vede mişcându-se în spaţiu, deşi ştie că propriul corp stă pe loc. (Condusul unui vehicul conferă avantajul unui control mai eficient şi al unei percepţii mai bune asupra modului în care se mişcă cel aflat la volan.) Cu alte cuvinte, răul de mişcare este starea de rău propriu-zisă provocată de mişcările cu care organismul nu este familiarizat.

De ce, totuşi, astfel de mişcări nefamiliare ne fac să ne simţim atât de prost? Principala explicaţie reiterează ideea ce susţine că greaţa şi voma sunt mecanisme de protecţie împotriva toxinelor. În Pleistocen, care a fost şi perioada evoluţiei speciei umane, lumea nu avea ocazia să trăiască experienţa unor mişcări pasive asistate, ca acelea din zilele noastre, prilejuite de deplasarea cu maşina sau cu o ambarcaţiune. O senzaţie foarte asemănătoare poate fi percepută şi în cazul ingestiei multor toxine cu efect halucinogen – fapt uşor de confirmat de către orice persoană care a consumat o cantitate exagerat de mare de alcool. Aşadar, stările de greaţă şi de vomă corelate cu răul de mişcare pot fi considerate drept un produs

secundar al sistemului nostru standard de eliminare a otrăvurilor şi de dezvoltare a reacţiilor de evitare a lor. Implicaţiile acestei teorii nu sunt analizate însă la fel de bine ca în cazul celor referitoare la răul de sarcină. Şi nu avem nici în prezent o explicaţie convingătoare a motivului pentru care anxietatea sau simpla vedere a sângelui ori a vomei le provoacă oamenilor stări proaste.

Oricât de adaptabilă ar fi natura stărilor de greaţă şi de vomă, în cazurile de sarcină toxică, precum cel al lui Fitzpatrick, se pare că reflexele respective scapă de sub control. Într-adevăr, înainte de-al Doilea Război Mondial şi de introducerea tehnicilor moderne de aport de lichid, cazurile de *hiperemesis gravidarum* erau, de regulă, fatale, cu excepţia situaţiilor în care se pierdea sarcina. Chiar şi în zilele noastre, manifestările de vomă severe pot genera leziuni grave – hernie a esofagului, colaps pulmonar, ruptură de splină. Nimeni n-ar sugera că starea lui Fitzpatrick îi conferea un cât de mic beneficiu. Trebuia să fie ajutată cumva.

În momentul în care Fitzpatrick ajunsese să slăbească şase kilograme, doctoriţa i-a prescris un tratament medicamentos menit să-i ţină sub control stările de greaţă şi de vomă şi să-i permită reluarea unei alimentaţii normale. A încercat, mai întâi, cu Reglan, un medicament utilizat frecvent pentru combaterea stării de greaţă provocate de anestezia generală. Fitzpatrick avea conectat un dispozitiv prin care preparatul îi era pompat non-stop, în interiorul gambei. Se pare însă că respectiva abordare terapeutică nu i-a fost de prea mare ajutor; dimpotrivă, s-a soldat cu efecte secundare neurologice teribil de neplăcute – tremor, încleştarea maxilarului, rigiditate a corpului, dificultăţi de respiraţie. Doctoriţa a încercat atunci un al doilea medicament, Compazine, care n-a avut nici o



eficienţă, apoi Phenergan supozitoare, al căror unic efect a fost inducerea unei stări de somnolenţă.

Acţiunea tuturor agenţilor terapeutici mai sus menţionaţi constă în blocarea receptorilor de dopamină din creier. La ora actuală, pe piaţă există însă o clasă mai nouă de antiemetice, blocanţii de receptori ai serotoninei, a căror lansare a fost salutată cu entuziasm, datorită efectelor deosebit de benefice în tratamentul stărilor de greaţă şi de vomă. Nu sunt deloc ieftine – Zofran, de pildă, care este cel mai bine vândut, implică un cost de peste o sută douăzeci şi cinci de dolari pe zi –, dar cercetările arată că reduc considerabil starea de vomă caracteristică pacienţilor supuşi chimioterapiei şi, uneori, celor care au suferit intervenţii chirurgicale. Şi nici nu s-a constatat că ar avea vreo implicare nedorită în apariţia defectelor congenitale. Aşa că, timp de mai multe săptămâni la rând, lui Fitzpatrick i s-a administrat intravenos Zofran. Din nou însă, fără nici un rezultat.

Doctoriţa i-a recomandat şi teste de sânge, examen ecografic şi consult de specialitate la diferiţi medici. Starea de greaţă poate să denote existenţa unei obstrucţii a tractului gastrointestinal, a unei infecţii severe ori a otrăvirii. Nu a fost identificată însă nici o altă cauză.

„Ştiu că doctorii fac tot ce pot“, zicea Fitzpatrick, care, la rândul ei, îşi dădea toată silinţa. Îşi spunea că nu trebuia decât să persevereze, iar experienţa M.B.A.-ului o ajutase să devină foarte organizată. Şi-a amplasat strategic, în toată casa, recipiente speciale, din plastic, în care să vomite, iar la capul patului şi-a pus un aparat de aspirare, prevăzut cu un tub de plastic, pentru drenarea excesului de salivă cu gust greţos. În cea mai mare parte a zilei, în pauzele dintre două reprize de vomat stătea, pur şi simplu, în pat, cu ochii închişi.

În tot acest răstimp, câţiva membri ai familiei şi o mână de prieteni adunau sistematic informaţii cu privire la opţiunile

terapeutice existente, fie ele convenţionale sau alternative. Fitzpatrick a apelat în mai multe rânduri la remedii din plante, la masajul chinezesc şi la consumul de apă cu lămâie. A testat şi virtuţile ghimbirului, după ce a aflat că un studiu îi demonstrase eficienţa în cazuri similare cu al ei. A mai încercat efectul unor benzi de acupresură, ce aplică o presiune constantă la nivelul aşa-numitului „punct Neiguan", situat pe partea interioară a antebraţului, la aproximativ trei degete sub încheietura mâinii, între cele două tendoane. (Deşi s-a făcut multă vâlvă în jurul teoriei ce susţine rolul benefic al acupresurii în stările de greaţă generate de sarcină, chimioterapie şi mişcare, cercetările nu au reuşit să evidenţieze vreun efect semnificativ al metodei.) Nici una dintre tentativele lui Fitzpatrick nu a dat rezultate, cu toate că masajul i-a făcut, realmente, plăcere.

Şi mai îngrijorător era faptul că simptomele nu se ameliorau cu timpul, aşa cum se aşteptau medicii care o supravegheau. Când a intrat în luna a patra de sarcină avea aceleaşi stări de greaţă ca la început – o durată neobişnuit de lungă. Arăta teribil de bolnavă. Slăbise opt kilograme. Doctoriţa ei a internat-o la Spitalul Universitar George Washington, unde i-a aranjat un consult în cadrul serviciului de obstetrică pentru cazuri cu risc major. S-a recurs la nutriţie parenterală (prin perfuzie intravenoasă). Fitzpatrick a început, în sfârşit, să ia în greutate. Cu toate acestea, în următoarele luni a stat mai mult în spital decât acasă.

Cazul ei bântuia constant amintirile medicilor care au avut-o sub îngrijire – era acel tip de pacienţi a cărui existenţă constituie un reproş la adresa propriei lor persoane şi a propriei lor competenţe profesionale. Medicii au mai multe strategii de abordare a unor asemenea pacienţi, iar ea trebuie să le fi văzut pe toate în cursul evenimentelor pe care le-a trăit. Unii îi spuneau mereu că nu mai are de suferit decât o săptămână sau două. Un doctor o întrebase dacă voia să se întoarcă la

New York, şi a fost convinsă că respectivul nu urmărea altceva decât să scape de ea. Un altul părea să aibă impresia că nu se străduia suficient de tare să mănânce, de parcă şi-ar fi putut controla singură stările de greaţă şi de vomă. Frustrarea lor era evidentă. După o vreme i-au recomandat să consulte şi un psihiatru. Sugestia nu era deloc nejustificată. Anxietatea şi stresul pot influenţa stările cu care se confrunta ea, şi era dispusă să încerce orice metodă care i-ar fi putut ameliora simptomele. Dar Fitzpatrick susţine că pe psihiatrul care a văzut-o nu-l interesa să afle decât dacă o deranjau copiii, în general, şi dacă nu-şi putea accepta rolurile de soţie şi de mamă. Există încă surprinzător de mulţi medici care sunt convinşi de valabilitatea teoriei freudiene, discreditată în prezent, ce susţine că instalarea stării de *hiperemesis gravidarum* este datorată unei respingeri inconştiente a ideii de sarcină.

Situaţia a depăşit atât capacitatea de control a medicilor, cât şi, fapt mult mai îngrijorător, pe aceea de înţelegere. Aşa cum era şi firesc, Fitzpatrick încerca şi ea s-o controleze, în limitele propriilor sale posibilităţi. La un moment dat, la insistenţele ei şi ale familiei, echipa medicală care se ocupa de îngrijirea sa a acceptat să încerce un tratament pe care îl găsiseră menţionat într-un articol referitor la rezultatele terapeutice obţinute de Maria Shriver în lupta cu simptomele de sarcină toxică. Era vorba despre asigurarea unei infuzări continue de droperidol, un tranchilizant utilizat deseori pentru diminuarea stărilor de greaţă şi de vomă survenite postoperatoriu. Doctorii au fost de acord. Pe timpul perioadei de infuzare însă, simptomele lui Fitzpatrick s-au agravat. Ajunsese să vomite din zece în zece minute, îi apăruseră mici rupturi ale mucoasei esofagiene şi începuse să elimine cantităţi considerabile de sânge (cât conţinutul unei căni).

Suferinţele ei păreau că nu se vor mai sfârşi niciodată. În cazurile de *hiperemesis gravidarum* nu e deloc neobişnuit

ca, din cauza persistenţei stării de rău, femeile în cauză să sufere un avort. Într-o situaţie similară fusese şi o pacientă de pe acelaşi palier, iar doctorii i-au propus şi lui Fitzpatrick aceeaşi soluţie. Nici n-a vrut să audă de aşa ceva, pe de-o parte din cauza convingerilor ei religioase (era catolică practicantă), iar pe de altă parte pentru că, zi de zi, asistenta venea la ea cu un dispozitiv cu ultrasunete ce-i permitea să audă bătăile inimilor celor două fiinţe plăpânde care trăiau în pântecele ei. Era un imbold suficient de puternic ca să meargă mai departe.

Nu există un antiemetic universal. Plasturii dermici care conţin scopolamină atenuează răul de mişcare şi voma postoperatorie, dar se pare că nu le sunt de prea mare folos nici femeilor însărcinate, nici bolnavilor supuşi chimioterapiei. Phenerganul, antagonistul de receptor al dopaminei, este foarte eficient atât în sarcină, cât şi în cazul suferinzilor de rău de mişcare, el neaducând însă nici un beneficiu pacienţilor care efectuează chimioterapie. Adesea, nu ajută nici măcar un medicament aşa de revoluţionar precum Zofran, al cărui rol antiemetic este asemuit cu cel antiinfecţios al penicilinei. În ciuda capacităţii sale mari de combatere a stărilor de vomă datorate chimioterapiei şi anesteziei, Zofran s-a dovedit a fi complet ineficient în cazul răului de mişcare sau al celui din sarcină, fapt confirmat şi de rezultatele studiilor. (În acest sens, se pare că, pentru pacienţii aflaţi sub chimioterapie, fumatul marijuanei are un efect pozitiv, deşi de o intensitate slabă; în sarcină, în schimb, este la fel de toxic pentru făt ca şi tutunul.)

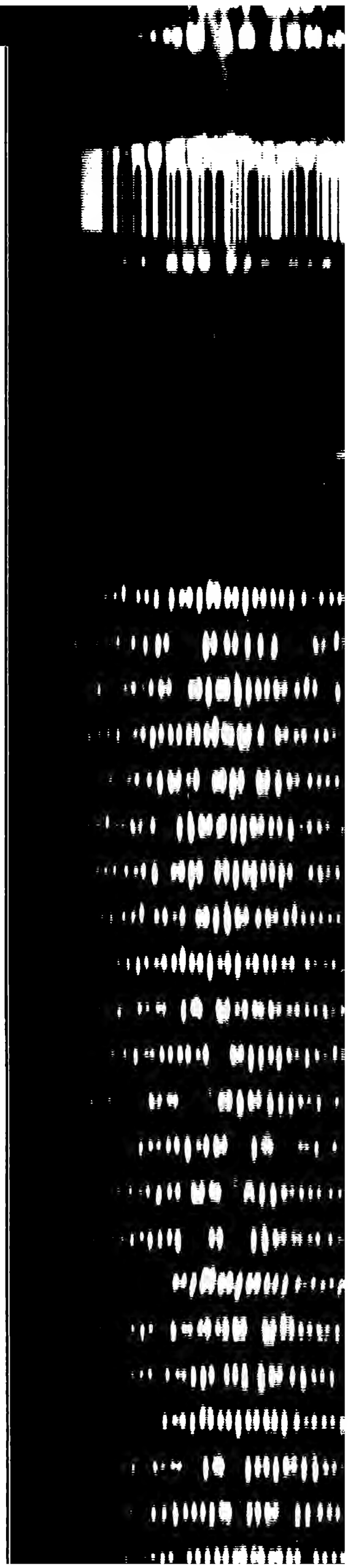
Semnificaţia unor astfel de constatări devine şi mai evidentă dacă ne gândim la faptul că starea de vomă poate fi provocată de stimuli extrem de diferiţi, precum mişcarea nefamiliară persoanei în cauză, un miros neplăcut, un medicament toxic ori fluctuaţiile hormonale survenite în perioada de sarcină. Conform explicaţiilor oferite de oamenii de ştiinţă, creierul

uman are un program (sau „modul“) de vomă ce preia şi prelucrează, pentru a răspunde adecvat, tot felul de semnale transmise de: receptorii chimici de la nivelul nasului, al intestinului şi creierului; receptorii ce detectează supraîncărcarea stomacului ori gâdilarea omuşorului; senzorii de mişcare din urechea internă; şi centrii cerebrali superiori care guvernează memoria, psihicul, percepţiile. Se presupune că fiecare dintre medicamentele pe care le utilizăm în mod curent interferează cu unele mecanisme într-o măsură mai mare decât cu altele. Aşa se şi explică de ce ele exercită efecte diferite în afecţiuni diferite.

Putem adăuga că, deşi considerăm adesea că sunt componente ale aceluiaşi fenomen, stările de greaţă şi de vomă sunt complet independente una de alta, implicând, probabil, programe cerebrale distincte, ceea ce explică de ce un agent terapeutic ce acţionează asupra uneia dintre ele nu are nici un fel de influenţă asupra celeilalte. Voma nu este întotdeauna asociată cu greaţa. Îmi aduc aminte de un puşti din clasa a şasea care, chiar dacă nu se simţea deloc rău, putea să vomite la comandă – fără să fie nevoie să-şi vâre degetul pe gât sau să efectueze vreo altă manevră similară. Iar oamenii care prezintă o afecţiune rară, cunoscută sub denumirea de sindrom de ruminaţie, manifestă o tendinţă inexplicabilă de a regurgita alimentele, la scurt timp după fiecare masă, din stomac în cavitatea bucală – fără nici un fel de asociere cu o eventuală stare de greaţă. (Aşa cum arătau autorii unui articol ştiinţific pe această temă, asemenea persoane fie înghit din nou resturile alimentare respective, fie le scuipă, „în funcţie de împrejurări“.) Există şi reversul situaţiei, când simptomele de greaţă severe nu generează neapărat voma. Iar antiemeticele nu au, în mod obligatoriu, şi un efect de combatere a stării de greaţă – aspect pe care, deseori, atât doctorii, cât şi asistentele nu-l recunosc. De pildă, de când a apărut pe piaţa de farmaceutice

Zofranul, cadrele medicale au fost foarte impresionate de virtuţile lui, care însă nu s-au bucurat în aceeaşi măsură şi de aprecierea pacienţilor. În cadrul unui studiu condus de Gary Morrow, cercetător în domeniul simptomatologiei caracteristice stării de greaţă la University of Rochester Medical School, s-a constatat că la bolnavii care urmau chimioterapie, utilizarea pe scară largă a medicamentului Zofran şi a altor preparate înrudite a redus doar intensitatea vomei, nu şi pe cea a greţei. De altfel, din relatările actuale ale pacienţilor reiese că durata stării de greaţă este mai lungă decât în timpul anilor premergători erei Zofranului.

Cercetătorii dedicaţi studiului bolnavilor cărora li se administrează chimioterapie – un soi de populaţie ţinută în captivitate de către oamenii de ştiinţă preocupaţi de descifrarea mecanismelor de producere a stărilor de greaţă şi de vomă – au descoperit ceva şi mai surprinzător. Respectivii pacienţi se confruntă cu trei tipuri distincte de greaţă şi vomă. Cel „acut“ survine într-un interval ce variază între câteva minute şi mai multe ore de la administrarea unui agent chimioterapic toxic, după care se atenuează treptat – exact ca în cazul efectului pe care ne-am aştepta să-l provoace o otravă. În numeroase cazuri însă, stările respective revin după o zi sau două – este aşa-numitul „proces de vomă întârziat“. Iar aproape un sfert dintre pacienţii aflaţi sub chimioterapie încep să aibă şi „stări de greaţă şi de vomă cu caracter anticipativ“, simptomele apărând înainte de injectarea medicaţiei. Morrow a adunat numeroase date care atestă particularităţile celor trei tipuri de greaţă. Cu cât este mai mare intensitatea episodului acut, cu atât este mai gravă manifestarea celui cu caracter anticipativ, iar indiciile acestuia din urmă devin din ce în ce mai generale, pe măsură ce bolnavilor li se administrează mai multe cicluri de chimioterapie: voma se poate declanşa, la început, în clipa când pacientul o vede pe asistenta însărcinată cu



administrarea medicamentelor; apoi, la simpla vedere a unei asistente oarecare sau la perceperea mirosului de spital; iar apoi, chiar în momentul în care, ajuns la clinică, pentru tratament, se pregăteşte să parcheze maşina. Morrow avusese o pacientă care vomita ori de câte ori vedea un indicator cu semnul de spital.

Astfel de reacţii sunt, desigur, consecinţe fireşti ale condiţionării psihologice – efectul „Portocalei mecanice" în acţiune –, ce joacă, probabil, un rol important în prelungirea stării de greaţă în alte împrejurări, cum sunt, de pildă, cele legate de sarcină. Odată ce se instalează însă simptomele de vomă întârziată sau cu caracter anticipativ, medicamentele actuale nu mai au nici un efect. Studiile efectuate de Morrow şi de alţi cercetători au arătat că doar tratamentele comportamentale, de tipul hipnozei sau al tehnicilor de relaxare, reduc semnificativ intensitatea vomei condiţionate, dar numai la unii pacienţi.

În fine, se cuvine să recunoaştem faptul că arsenalul pe care-l avem la dispoziţie pentru combaterea stărilor de greaţă şi de vomă este, şi în prezent, destul de primitiv. Frecvenţa mare a unor astfel de probleme şi numărul uriaş al oamenilor dispuşi să plătească pentru a scăpa de ele justifică investiţiile de milioane de dolari ale companiilor farmaceutice angrenate în efortul de a sintetiza noi formule de tratament, din ce în ce mai eficiente. Merck, de exemplu, a elaborat un asemenea agent terapeutic ce promite a fi deosebit de performant, cunoscut sub denumirea de MK-869, care face parte dintr-o nouă clasă de substanţe active, numite „antagonişti ai substanţei P". Medicamentele respective au suscitat un viu interes după ce compania producătoare a anunţat perspectiva eficienţei lor clinice în cazurile de depresie. Nu la fel de multă vâlvă au stârnit însă concluziile studiului publicat în *New England Journal of Medicine*, ce susţineau că MK-869 se

dovedise a avea o capacitate remarcabilă de combatere a stărilor de greaţă şi de vomă provocate de chimioterapie.

Rezultatele respective erau neobişnuite din două motive. În primul rând, fiindcă preparatul companiei Merck a redus substanţial atât episoadele de vomă acute cât şi pe cele întârziate. În al doilea rând, MK-869 nu acţiona strict asupra vomei, ci atenua, în aceeaşi măsură, şi greaţa. Proporţia de pacienţi care a semnalat, pe parcursul celor cinci zile de la administrarea chimioterapiei, simptome mai serioase decât o stare de greaţă uşoară, a scăzut, după tratamentul cu MK-869, de la 75 de procente la 51 de procente.

Toate preparatele noastre farmaceutice au însă verigi slabe, aşa că, oricât de promiţătoare ar fi noile formule medicamentoase, tot vor exista destul de mulţi pacienţi care să nu aibă nici un beneficiu de pe urma utilizării lor. La jumătate dintre bolnavii aflaţi sub chimioterapie, de excemplu, nici măcar MK-869 nu a reuşit să combată greaţa. (În plus, se pare că va mai dura o vreme până ce se va ajunge să i se cunoască siguranţa şi eficienţa în cazul femeilor însărcinate. De altfel, datorită riscurilor medicale şi a celor legale, companiile farmaceutice evită, în general, să-şi testeze produsele pe astfel de paciente.) Aşadar, nu se profilează în această privinţă apariţia vreunui remediu de tipul morfinei. Greaţa necontrolată este, în continuare, o problemă serioasă. Există totuşi o specialitate clinică nouă, denumită „medicină paliativă“, care îşi propune să dea viaţă unui proiect radical: studiul ştiinţific al suferinţei. Iar cel mai surprinzător este faptul că identifică soluţii pe care alte specialităţi nu le-au găsit.

Cei care practică medicina paliativă sunt experţi în îngrijirea pacienţilor aflaţi pe moarte, în cazul cărora se urmăreşte, cu precădere, nu prelungirea vieţii, ci îmbunătăţirea calităţii ei. La prima vedere poate că suntem tentaţi să ne

gândim că nu era nevoie de o nouă specialitate medicală pentru a realiza un atare obiectiv, dar s-a dovedit că practicienii respectivi sunt, realmente, cei mai competenți în această privință, obținând cele mai bune rezultate. Pacienții muribunzi au, deseori, dureri. Mulți dintre ei au, foarte frecvent, stări de greață. Unii au o funcție pulmonară atât de precară, încât, deși inspiră o cantitate de oxigen suficient de mare pentru a le asigura supraviețuirea, au permanent senzația înfricoșătoare de lipsă de aer, de sufocare. Sunt acei bolnavi care suferă de maladii incurabile. Și totuși, specialiștii în medicina paliativă au găsit modalități de sprijin uluitor de eficiente. Cheia succesului? Pur și simplu, faptul că, pentru ei, suferința unor astfel de pacienți constituie o problemă în sine, pe care o tratează în modul cel mai serios cu putință. În medicină, suntem obișnuiți să considerăm că asemenea simptome reprezintă doar niște indicii, în cadrul unui puzzle, care ne spun unde este localizată boala și cum putem s-o tratăm. Iar regula este că soluționarea prejudiciului fizic – înlăturarea apendicelui infectat, tratamentul osului fracturat sau al pneumoniei – reprezintă tocmai modalitatea de combatere a suferinței. (Nu m-aș putea numi chirurg dacă aș gândi altfel.) Există însă și excepții – iar greața este cel mai grăitor exemplu. În cele mai multe cazuri, greața nu indică prezența unei boli, ci constituie un răspuns normal al organismului, fie la condițiile specifice unei anumite situații, precum voiajul sau sarcina, fie chiar la un tratament benefic, cum sunt chimioterapia, cura de antibiotice sau anestezia generală. Obișnuim să spunem că pacientul „e bine", ceea ce nu înseamnă însă că nu mai suferă.

Gândiți-vă, de pildă, la semnificația semnelor vitale. În cazul unei persoane spitalizate, acestea sunt monitorizate periodic, din circa patru în patru ore, de către o asistentă medicală, cu ajutorul unei diagrame amplasate la patul pacientului, ce permite urmărirea evoluției în timp a persoanei respective.

Aşa se procedează peste tot în lume. S-a stabilit, prin convenţie, că semnele vitale ce trebuie avute în vedere permanent sunt temperatura corporală, tensiunea arterială, pulsul şi respiraţia. Ele ne oferă foarte multe informaţii cu privire la îmbunătăţirea sau, dimpotrivă, la înrăutăţirea stării fizice a celui monitorizat. Nu ne spun însă absolut nimic despre suferinţa omului, despre aspectele mai profunde, ce nu se limitează doar la starea organismului. În acest sens, specialiştii în medicina paliativă încearcă să schimbe lucrurile. Vor ca durerea – nivelul de disconfort semnalat de un pacient – să devină al cincilea semn vital. Ei s-au străduit foarte mult să-i determine pe doctori să recunoască faptul că tratamentul durerii este, mult prea frecvent, subevaluat. Şi, în general, strategiile pe care le adoptă sunt mai bune decât cele ale confraţilor. De pildă, este o certitudine astăzi faptul că, odată instalate, simptomele de greaţă severe (sau cele ale durerii) devin din ce în ce mai rezistente la orice fel de tratament. Specialiştii în medicina paliativă au învăţat, din propria lor experienţă, că abordarea cea mai adecvată o constituie instituirea terapiei în momentul în care simptomele sunt încă uşoare – sau, în unele împrejurări, chiar şi înainte de declanşarea lor; şi s-a dovedit că tactica lor dă rezultatele scontate indiferent dacă este vorba despre un pasager care se pregăteşte să urce la bordul unei nave ori despre un bolnav de cancer aflat pe punctul de-a începe chimioterapia. (American Society of Clinical Oncology – Societatea Americană de Oncologie Clinică – a şi elaborat un ghid terapeutic ce validează un asemenea demers profilactic în cazul pacienţilor cărora li se recomandă chimioterapie.) Înainte, când doctorii nu ezitau să prescrie antiemetice pentru situaţiile obişnuite de rău de sarcină – cel puţin o treime dintre femeile gravide urmau o atare medicaţie în perioada anilor 1960 şi 1970 –, cazurile de sarcină toxică erau mult mai rare decât în prezent. Medicii şi-au schimbat însă obiceiurile de prescriere după ce

repetatele presiuni juridice au determinat retragerea de pe piaţă a celui mai popular remediu antiemetic, Bendectin, incriminat a fi provocat defecte la naştere (în ciuda numeroaselor studii care au arătat că nu existau dovezi ale vreunui efect nociv al medicamentului respectiv). De atunci, s-a impus evitarea prescrierii de medicamente în cazurile de sarcină toxică, ele fiind indicate, ca şi în cazul lui Fitzpatrick, doar în situaţiile când voma a deteriorat semnificativ starea pacientei, până la atingerea stadiilor de deshidratare sau inaniţie. În consecinţă, numărul de internări în spital pentru probleme provocate de *hiperemesis gravidarum* s-a dublat.

Dar poate că cea mai uimitoare observaţie a specialiştilor în medicină paliativă este aceea referitoare la existenţa unei distincţii între noţiunea de simptom şi cea de suferinţă. Aşa cum subliniază doctorul Eric J. Cassell în cartea sa, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (*Natura suferinţei şi ţelurile medicinei*), există pacienţi care încep să-şi suporte mai uşor suferinţa de îndată ce simt că sunt înţeleşi – că se ştie ce anume le-a provocat problemele, că lucrurile pot fi privite şi altfel sau, pur şi simplu, că e mai bine să accepţi că nu avem întotdeauna puterea de-a îmblânzi natura. Un doctor poate să-şi ajute pacientul chiar şi atunci când tratamentul medicamentos a eşuat.

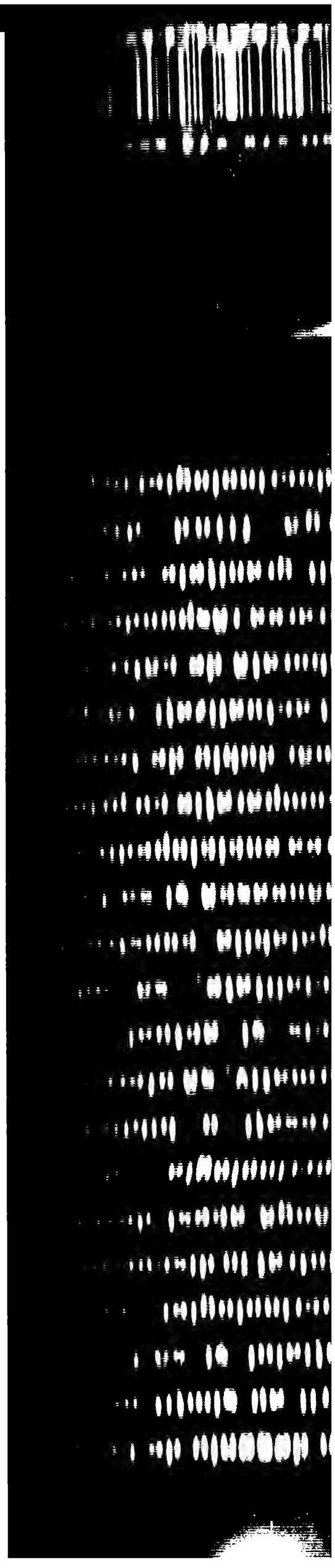
Şi Fitzpatrick afirma că i-au plăcut cel mai mult acei câţiva medici care recunoscuseră că nu ştiau nici cum să explice starea ei de greaţă, nici ce soluţii să găsească. Spuneau că nu mai întâlniseră niciodată, în cariera lor, un caz asemănător, ceea ce, pentru ea, era o dovadă a faptului că-i împărtăşeau suferinţa. A recunoscut, într-adevăr, că uneori, când trebuia să fie din nou internată, o frământau tot felul de gânduri. Îşi punea problema, de pildă, că poate nu avea parte de doctorii potriviţi sau se întreba dacă nu cumva medicii pierdeau din vedere ceva. Nici unul dintre tratamentele încercate, fie de ea însăşi, fie de doctori, nu-i alunga starea de

greaţă, ce părea să depăşească, realmente, puterea de înţelegere a oricui.

În primele luni, eforturile pe care trebuia să le facă erau teribile, înfiorătoare. Treptat însă, avea sentimentul că trece printr-o profundă transformare interioară, că devine mai puternică, ba chiar ajunsese să considere că, în fond, situaţia ei nu era prea gravă. Se ruga în fiecare zi şi credea că fiinţele pe care le purta în pântece erau un dar al lui Dumnezeu, iar cu timpul, începuse să vadă lucrurile altfel, gândind că încercările prin care trecea erau doar preţul ce trebuia plătit pentru o asemenea bucurie covârşitoare. A renunţat să mai caute remedii miraculoase. După cea de-a douăzeci şi şasea săptămână de sarcină, i-a rugat pe doctori să nu mai încerce nici un fel de alte variante de terapii noi. Stările de greaţă şi de vomă persistau, dar n-o mai afectau în aceeaşi măsură.

În cele din urmă, a apărut şi un licăr de speranţă. Începând din săptămâna treizeci, a constatat că putea mânca o combinaţie ciudată de patru alimente, în porţii foarte mici: friptură, asparagus, ton şi îngheţată de mentă. Şi putea să înghită, fără s-o elimine, o băutură cu aport proteic. Greaţa era în continuare prezentă, însă se mai atenuase. În săptămâna treizeci şi unu, cu şapte săptămâni înainte de termen, Fitzpatrick se pregătea să nască. Soţul ei a luat avionul şi a ajuns exact la timp. Medicii au avertizat-o că gemenii urmau să fie destul de mici – circa un kilogram şi jumătate fiecare. Pe 12 septembrie însă, la ora 22:52, a văzut lumina zilei Linda, cu o greutate de două kilograme şi trei sute de grame, urmată, la 22:57, de Jack, care avea fix două kilograme şi jumătate – amândoi, într-o perfectă stare de sănătate.

La scurt timp după naştere, Fitzpatrick a mai vomat o singură dată. „Dar a fost pentru ultima dată“, îşi amintea ea. A doua zi dimineaţa a băut un pahar mare cu suc de portocale. Iar noaptea a mâncat un hamburger uriaş cu brânză cu mucegai şi cartofi prăjiţi. „A fost delicios“, a spus ea.



Valul de roşeaţă

În ianuarie 1997, Christine Drury a devenit prezentatoarea programului de noapte *Channel 13 News* al postului NBC (National Broadcasting Company) local din Indianapolis. Aşa îşi încep cariera toţi cei care vor să se afirme în lumea ştirilor de televiziune şi a talk show-urilor. (Însuşi David Letterman a debutat, la acelaşi post de televiziune, ca prezentator al programului de weekend despre starea vremii.) Drury lucra în tura ce acoperea intervalul orar 21–5 dimineaţa – prezenta ştirile, iar după miezul nopţii citea câte un buletin a cărui lectură dura treizeci de secunde şi, respectiv, două minute şi jumătate. Dacă avea şansa ca în toiul nopţii să apară o informaţie de ultimă oră, putea obţine mai mult spaţiu de emisie, ocupându-se de transmisia ştirii respective în direct, fie din studio, fie de la faţa locului. Când avea şi mai mult noroc – ca în cazul deraierii unui tren al companiei Conrail în localitatea Greencastle – rămânea în emisiune şi pentru programul matinal cotidian.

Când a obţinut postul, Drury avea douăzeci şi şase de ani. Îşi dorise să lucreze în televiziune, în special ca prezentatoare, încă din vremea copilăriei, pe care şi-o petrecuse în Kokomo, Indiana. Invidia încrederea şi siguranţa de sine a femeilor aflate în spatele pupitrului de emisie. Într-o zi, în timpul unei excursii de cumpărături, organizată de şcoala în care învăţa, într-un mall din Indianapolis, a zărit-o pe Kim Hood, pe atunci prezentatoarea programului de seară, cu cea

mai mare audienţă, al *Channel 13*. „Voiam să fiu în locul ei", spune Drury, iar în lumina acelei întâlniri, ţelul ei părea aproape tangibil. În timpul facultăţii de telecomunicaţii, din cadrul Universităţii Purdue, a făcut un stagiu de practică, pe perioada verii, la *Channel 13*. La un an şi jumătate după absolvire, obţinea un post modest, de asistent de producţie. Se ocupa de TelePrompTer, de poziţionarea camerelor şi, în general, de tot ceea ce i se cerea să facă. În următorii doi ani a avansat, treptat, spre postul de editor de ştiri şi, în final, spre cel de prezentatoare a programului de noapte. Şefii ei vedeau că promite să devină un nume. Îi apreciau maniera în care redacta textul ştirilor, timbrul plăcut al vocii, foarte potrivit pentru televiziune, precum şi „înfăţişarea", aspect, de altfel, deloc de neglijat – cu alte cuvinte, arăta bine, avea acel aer de americancă get-beget, în stilul lui Meg Ryan. Avea o dantură perfectă, ochi albaştri, păr blond şi un zâmbet natural.

Drury a constatat însă că nu reuşea să nu mai roşească în timpul emisiunilor. I se întâmpla ori de câte ori avea loc până şi cel mai neînsemnat incident. Era de-ajuns să fie în emisie, citind ştirile, când pronunţia greşită a unui cuvânt sau simpla percepţie a faptului că vorbea prea repede îi declanşau o senzaţie electrică, de căldură în piept, care se extindea rapid spre zona gâtului, a urechilor, a pielii capului. În termeni fiziologici era vorba despre o redirecţionare a fluxului sangvin. Faţa şi gâtul au un număr neobişnuit de mare de vene superficiale, situate la o distanţă foarte mică de suprafaţa pielii, ce pot să transporte un volum de sânge mult mai semnificativ decât cele cu dimensiuni similare, dar cu localizări diferite. Stimulate de anumite semnale neurologice, ele se dilată, în timp ce alte vase sangvine periferice se contractă: în consecinţă, mâinile devin albe, umede şi reci, iar faţa ia foc. Pe Drury o deranja însă mult mai serios decât reacţia fizică, faptul că, în acele momente, avea o senzaţie de vid

în minte şi începea să se bâlbâie. Simţea o nevoie acută de a-şi acoperi faţa cu palmele, de-a dispărea din faţa camerelor de luat vederi, de-a se ascunde undeva.

Drury îşi amintea că avusese întotdeauna această problemă, iar pe chipul ei de irlandeză cu tenul palid, roşeaţa, odată instalată, persista mult timp. Fusese genul de copil căruia i se citea timiditatea pe faţă ori de câte ori era solicitată la vreo acţiune la orele de clasă ori când căuta un loc la cantina şcolii. Ca adult, astfel de reacţii se declanşau la o simplă verificare a preţului, cu cititorul codului de bare de pe punga cu fulgi de porumb, de către casiera de la băcănie, ori când era claxonată de cineva în timp ce se afla la volan. Poate părea ciudat faptul că o asemenea persoană era dispusă să stea în faţa unei camere de luat vederi. Dar Drury s-a opus mereu cu străşnicie tendinţei de-a se ruşina. În liceu fusese sufletul galeriei la competiţiile sportive, jucase în echipa de tenis şi făcuse parte din juriul pentru desemnarea reginei balului de absolvire. La facultate jucase tenis la perete, făcuse curse de canotaj împreună cu prietenii şi absolvise cursurile universităţii ca membră a celebrei societăţi de onoare academice Phi Beta Kappa. A lucrat ca chelneriţă şi ca asistent manager la un lanţ de magazine, unde reuşea să le creeze tuturor, în fiecare dimineaţă, o stare de bună dispoziţie. Datorită naturii ei sociabile şi a farmecului personal a avut mereu foarte mulţi prieteni.

Pe tot timpul emisiunii însă, nu reuşea să scape de roşeaţă. Fenomenul este evident în înregistrările primelor ei apariţii televizate – în reportajele despre creşterea numărului de amenzi pentru depăşirea vitezei legale în trafic, despre un caz de intoxicaţie alimentară letală semnalat la un hotel sau despre o fetiţă cu un IQ de 325 care a terminat liceul la vârsta de numai doisprezece ani. A început apoi să poarte pulovere cu guler întors şi să-şi aplice un strat gros de fond de ten Merle Norman Cover Up Green, dublat şi de o bază cosmetică

specială, MAC Studiofix. Machiajul îi închidea puţin culoarea tenului, dar îi camufla aproape perfect roşeaţa.

Cu toate astea, orice persoană care viziona peliculele respective îşi putea da seama că era ceva în neregulă. Acum se observa imediat că ori de câte ori roşea – ceea ce ajunsese să i se întâmple, practic, la fiecare transmisie – căpăta un aer rigid, privirea îi devenea fixă, iar mişcările îi erau mecanice. Vorbea într-un ritm mai alert şi atingea uneori tonalităţi înalte. „Era ca o căprioară în lumina reflectoarelor“, spunea un producător din studio.

Drury a renunţat la cafeină. A încercat diverse tehnici pentru controlul respiraţiei. Şi-a cumpărat cărţi de autoeducaţie destinate celor care lucrează în sfera televiziunii, menite s-o ajute să perceapă camera de luat vederi ca pe propriul câine sau prieten, ori ca pe propria mamă. S-a străduit o vreme să-şi menţină foarte ferm poziţia capului în dreptul obiectivului aparatului de filmat. Nimic însă nu dădea rezultate.

Postura de prezentator al unui program de noapte nu le oferă prea mari satisfacţii celor care-o adoptă, din cauza orelor târzii de difuzare a emisiunilor respective şi a duratei lor foarte limitate. În general, oamenii rămân pe un astfel de post circa un an, timp în care acumulează experienţa necesară avansării în ierarhia profesională. Drury însă nu se clintea de pe poziţia pe care-o ocupa. „Categoric, nu era pregătită să preia o emisiune cu difuzare în timpul zilei“, era de părere producătorul. În octombrie 1998, după aproape doi ani de când lucra pe un asemenea post, scria în jurnalul personal: „Am în continuare sentimentul că-mi pierd controlul. Am plâns toată ziua. Sunt în drum spre serviciu şi am senzaţia că n-o să am niciodată cu mine suficiente batiste Kleenex. Nu-nţeleg de ce Dumnezeu m-a binecuvântat cu o slujbă de care nu sunt în stare să mă achit. Trebuie să mă gândesc cum să fac faţă. O să încerc toate posibilităţile înainte de-a renunţa la ea.“

Ce este acest ciudat fenomen de înroşire a obrajilor? O reacţie a pielii? O emoţie? Un soi de manifestare vasculară? Oamenii de ştiinţă n-au fost niciodată siguri că au găsit o explicaţie exactă. Roşeaţa din obraji are atât conotaţii fiziologice cât şi psihologice. Pe de-o parte, apariţia ei este involuntară, necontrolabilă şi vizibilă pe suprafaţa feţei, ca o eczemă. Pe de altă parte, implică o prelucrare complexă la cel mai înalt nivel al funcţiei cerebrale. „Omul este singurul animal care roşeşte", scria Mark Twain. „Sau care e nevoit să roşească."

Cei aflaţi în preajma unei persoane care roşeşte presupun adesea că nu e vorba decât despre o manifestare a ruşinii. Aşa percepeau lucrurile şi adepţii concepţiei freudiene, de pildă, care pretindeau că fenomenul respectiv era o erecţie disimulată, o consecinţă a reprimării dorinţei sexuale. Aşa cum nota însă Darwin, într-un eseu din 1872, nu ruşinea, ci perspectiva expunerii publice a unei situaţii, a umilirii ne face să roşim. „Dacă a spus un cât de neînsemnat neadevăr, un bărbat s-ar putea simţi teribil de jenat, dar n-ar roşi", scria el; „în schimb, obrajii lui ar lua foc pe dată numai la gândul că cineva ar putea afla că a minţit, mai ales dacă acel cineva ar fi o persoană pe care o respectă."

Dar dacă umilinţa este sentimentul incriminat, de ce roşim şi când suntem lăudaţi? Sau când ni se urează în cor „La mulţi ani!"? Sau când suntem priviţi, pur şi simplu? Michael Lewis, profesor de psihiatrie la Universitatea de Medicină şi Stomatologie din New Jersey, face o demonstraţie a efectului respectiv la orele lui de curs. Le comunică studenţilor că-l va arăta cu degetul pe unul dintre ei, gestul lui neavând nici o semnificaţie şi neimplicând nici o remarcă asupra persoanei vizate. După care îşi pune în aplicare intenţia, ţinându-şi ochii închişi. Toată lumea priveşte înspre cine s-a îndreptat degetul profesorului. Şi întotdeauna cel arătat se simte teribil

de stânjenit. În cadrul unui experiment realizat cu doi ani în urmă, doi specialişti în domeniul psihologiei sociale, Janice Templeton şi Mark Leary, au conectat, pe o latură a unei oglinzi cu o singură faţă, nişte senzori ce măsurau temperatura facială a unor subiecţi. Ulterior, oglinda a fost dată la o parte, iar participanţii s-au trezit brusc ţintuiţi de privirile unei întregi audienţe, care s-a uitat la ei atât prin lentilele unor ochelari fumurii (pe durata a jumătate din timpul alocat experimentului), cât şi direct (pe perioada celeilalte jumătăţi a studiului). Spre surprinderea cercetătorilor, subiecţii au roşit doar când puteau vedea ochii privitorilor.

Poate că implicaţia cea mai neplăcută a fenomenului o constituie faptul că are el însuşi efecte secundare. Este stânjenitor şi poate să genereze un profund sentiment de stinghereală, de confuzie şi de derută. (Încercând să ofere o explicaţie, Darwin afirma că, în împrejurările respective, creşterea fluxului sangvin direcţionat către zona feţei implica un consum de sânge de la nivelul creierului.)

Este paradoxal de ce avem un astfel de reflex. Există o teorie ce susţine că roşirea se manifestă pentru a exterioriza sentimentul de stânjeneală, aşa cum surâsul este menit a reflecta senzaţia de fericire. Este explicabil, prin urmare, de ce reacţia respectivă apare numai la nivelul zonelor vizibile ale corpului (faţa, gâtul şi toracele superior). Şi-atunci, dacă lucrurile stau aşa, de ce roşesc oamenii cu pielea închisă la culoare? Studiile relevă faptul că, indiferent de pigmentaţia naturală a pielii, fenomenul se produce în cazul majorităţii oamenilor, chiar dacă la multe persoane este aproape imperceptibil. Şi nu e nevoie să roşeşti ca să arăţi lumii că te simţi jenat. Rezultatele cercetărilor demonstrează că oamenii îşi dau seama că cineva se simte jenat *înainte* ca persoana în cauză să roşească. Le ia mai puţin de cinci secunde ca să sesizeze acest lucru – deşi fenomenul devine foarte evident abia după

cincisprezece-douăzeci de secunde –, fiindu-le de-ajuns să vadă cum, aproape instantaneu, privirea celui copleşit de stânjeneală îşi schimbă direcţia, de obicei în jos şi spre stânga, iar după maximum o secundă, pe chip i se instalează un zâmbet stingher şi încurcat. Există, aşadar, îndoieli în privinţa teoriei conform căreia scopul roşirii feţei este exclusiv acela de-a exterioriza o trăire.

Există însă şi o altă opinie, pe care o împărtăşesc din ce în ce mai mulţi oameni de ştiinţă. E posibil ca efectul creşterii intensităţii sentimentului de jenă să nu fie întâmplător; poate că acesta este şi rostul fenomenului de roşire. Noţiunea nu este chiar atât de absurdă cum pare. Poate că oamenii detestă să se simtă stingheriţi şi se străduiesc din răsputeri să-şi ascundă starea emoţională, dar efectul ei este benefic – pentru că, spre deosebire de tristeţe sau chiar de iubire, este, în esenţă, o emoţie morală. Născută din sensibilitatea faţă de părerea altora, stânjeneala este un indiciu penibil al faptului că cineva fie a depăşit nişte limite, fie încearcă să-şi exprime scuzele pentru ceva. Ne menţine un statut onorabil în societate. Iar când augmentează o asemenea sensibilitate, roşirea îi poate conferi persoanei în cauză un avantaj maxim.

Cea mai dificilă este însă găsirea modalităţii optime de-a o stopa. Stinghereala te face să roşeşti – prin urmare, ce anume determină stăvilirea unui asemenea ciclu de manifestări? Nimeni nu ştie, dar este cert că la unii oameni scapă de sub control. Este surprinzător de mare numărul celor care roşesc frecvent, simptomele fiind severe şi necontrolabile. Ei le consideră „intense“, „haotice“ şi „umilitoare“. Unul dintre interlocutorii mei pe această temă mi-a spus că roşea până şi când era singur acasă, fiind suficient să vadă la televizor pe cineva pus într-o situaţie stânjenitoare, şi că îşi pierduse postul de consultant în management datorită faptului că şefii lui erau de părere că nu arbora un aer „degajat“ în faţa clienţilor. Un

alt bărbat, specialist în neuroştiinţe, şi-a abandonat cariera în medicina clinică, optând pentru un mediu de lucru mult mai izolat, aproape exclusiv datorită tendinţei lui de-a roşi. Şi tot n-a reuşit să scape de acest stres. Activitatea sa în domeniul patologiei cerebrale ereditare a fost atât de fructuoasă, încât s-a văzut curând în situaţia de a-şi declina disponibilitatea participării la conferinţele sau la emisiunile TV la care era invitat cu regularitate. Odată a fost nevoit să se ascundă într-o toaletă ca să scape de o echipă de redactori de la postul CNN. Altădată a fost solicitat să-şi prezinte rezultatele în faţa unei audienţe alcătuite din cei mai renumiţi cincizeci de oameni de ştiinţă din întreaga lume, printre care şi câţiva laureaţi ai Premiului Nobel. De obicei, reuşea să ducă la bun sfârşit astfel de prelegeri stingând lumina în sala de conferinţe şi comentând imaginile proiectate. De această dată însă, unul dintre cei care-l ascultau l-a oprit după doar câteva minute de la începerea prezentării, ca să-i pună o întrebare. Faţa lui a devenit, brusc, purpurie. A rămas puţin în picioare, îngăimând ceva şi s-a retras apoi grăbit în spatele podiumului, încercând să-şi deschidă pagerul fără să-l observe nimeni. Şi-a coborât apoi privirile spre el şi-a anunţat că apăruse o situaţie urgentă. Îi părea foarte rău, dar era nevoit să plece. Şi-a petrecut restul zilei acasă. Era un om care-şi câştiga existenţa studiind tulburările creierului şi ale nervilor. Şi totuşi nu era capabil să-şi ţină în frâu propria stare.

Nu există o denumire oficială a sindromului în speţă, deşi este considerat, adesea, roşire „severă“ sau „patologică“ şi nimeni nu ştie cât de mare este numărul celor afectaţi. Conform unei estimări grosiere, se pare că e vorba de o cotă situată între 1 şi 7 procente din populaţie. Spre deosebire de majoritatea oamenilor, în cazul cărora intensitatea fenomenului scade după perioada adolescenţei, cei la care manifestarea lui este cronică apreciază că simptomele li se accentuează odată cu

înaintarea în vârstă. La început se credea că principala lor problemă consta în intensitatea fenomenului de roşire. S-a dovedit însă că nu era deloc aşa. Într-un studiu, de exemplu, oamenii de ştiinţă au utilizat senzori pentru a monitoriza culoarea facială şi temperatura subiecţilor, după care i-au pus să stea în faţa unui public şi să efectueze diverse activităţi – de pildă, să cânte imnul naţional sau să danseze după o melodie. „Suferinzii" cronici nu s-au înroşit mai tare decât ceilalţi, dar s-a dovedit că, în cazul lor, predispoziţia faţă de fenomenul în speţă era mult mai accentuată decât la participanţii care roşeau doar ocazional. Se crea astfel un cerc vicios, iar Christine Drury mi-a explicat cum stăteau lucrurile: cuiva îi e teamă că va roşi, roşeşte şi apoi roşeşte ca urmare a faptului că se simte atât de jenat că roşeşte. Nu ştia care dintre cele două fenomene – roşirea sau stinghereala – apărea primul. Nu voia decât să nu mai fie victima lor.

În toamna anului 1998, Drury a consultat un medic internist. „O să scăpaţi de ele", a asigurat-o doctorul. La insistenţele ei, au convenit să încerce un tratament medicamentos. Prescrierea lui n-avea cum să fie tranşantă, întrucât cărţile de medicină nu abordează subiectul patologiei înroşirii. Unii doctori prescriu valium, pornind de la premisa că anxietatea este principalul factor determinant al stării respective. Alţii recomandă beta-blocante, care atenuează răspunsul la stres al organismului. Alţii indică Prozac sau alte antidepresive. Singura terapie care s-a demonstrat că are un oarecare succes, fie el şi destul de modest, nu este medicamentoasă, ci comportamentală, cunoscută sub numele de intenţie paradoxală – stimularea intenţiei pacienţilor de a roşi, nu a celei de a-şi stăvili manifestarea respectivă. Drury a apelat iniţial la beta-blocante, apoi la antidepresive şi, în final, la psihoterapie. N-a obţinut însă nici un fel de ameliorare.

În decembrie 1998, fenomenul cu care se confrunta devenise intolerabil, prestaţia ei pe micul ecran, jalnică, iar propria ei carieră aproape că nu mai putea fi salvată. A scris în jurnalul personal că era pe punctul de-a demisiona. Apoi, într-o bună zi, pe când naviga pe Internet în căutarea unor informaţii despre roşirea feţei, a citit despre un spital din Suedia în care medicii practicau o procedură chirurgicală capabilă să pună capăt problemei. Intervenţia implica ablaţia anumitor nervi de la nivelul toracelui, unde ies din măduva spinării şi urmează un traseu ascendent, spre cap. „Citesc pagina asta, despre oamenii care au aceeaşi problemă cu a mea, şi nu-mi vine să cred", îmi povestea Drury. „Lacrimile îmi inundaseră faţa." A doua zi, i-a spus tatălui său că se hotărâse să facă şi ea acea operaţie. Domnul Drury nu comenta decât rareori deciziile fiicei lui, dar pe aceasta o considera, pur şi simplu, o idee proastă. Îşi aminteşte chiar că a avut un şoc când a auzit ce intenţionează să facă. „Iar când i-a spus mamei, efectul a fost şi mai şocant. Nici nu concepea ca fiica ei să meargă în Suedia pentru o asemenea operaţie."

Drury a acceptat să mai aştepte o vreme, ca să adune mai multe informaţii legate de respectiva intervenţie chirurgicală. A citit cele câteva articole pe care le-a putut găsi în revistele medicale de specialitate. A discutat cu chirurgi şi cu pacienţi. Au trecut astfel două săptămâni, timp în care şi-a întărit convingerea că trebuia să facă şi ea acea operaţie. Le-a spus, aşadar, părinţilor că pleacă în Suedia, iar când n-a mai existat nici cel mai mic dubiu că s-ar putea răzgândi, tatăl ei s-a hotărât s-o însoţească.

Procedura chirurgicală cunoscută sub numele de simpatectomie toracică endoscopică, sau ETS (*Endoscopic Thoracic Sympathectomy*), implică ablaţia fibrelor ce aparţin sistemului nervos simpatic – componentă a sistemului nervos

involuntar, ori „autonom“, care controlează respiraţia, frecvenţa cardiacă, digestia, transpiraţia şi, alături de multe alte funcţii vitale esenţiale, roşirea. Către partea dorsală a toracelui, de-o parte şi de alta a coloanei vertebrale, sunt situate, ca două corzi albe, netede, cele două trunchiuri simpatice, căile de acces pe care le străbat nervii simpatici până la punctele de ieşire către diverse organe. La începutul secolului XX, chirurgii au încercat să excizeze unele ramuri ale acestor trunchiuri – prin simpatectomie toracică – în cazul a tot felul de afecţiuni: epilepsie, glaucom, anumite cazuri de orbire. În cele mai multe situaţii, experimentele respective au făcut mai mult rău decât bine. Dar chirurgii au reuşit să găsească până la urmă două împrejurări neobişnuite în care simpatectomia s-a dovedit a avea un efect salutar: a pus capăt, pe de-o parte, durerii toracice refractare, la bolnavii cu boli de inimă inoperabile, şi pe de altă parte, creşterii anormale a secreţiei sudorale la nivelul feţei şi al palmelor, la pacienţii care sufereau de hiperhidroză – transpiraţie necontrolabilă.

Datorită faptului că necesita abord deschis pe torace, intervenţia respectivă era practicată doar rareori. În ultimii ani însă, mai mulţi chirurgi, în special din Europa, au efectuat procedura pe cale endoscopică, utilizând dispozitive specifice, inserate prin incizii fine. Dintre adepţii noii tehnici de lucru făceau parte şi trei specialişti din Göteborg, Suedia, care au observat că, după operaţie, la numeroşi pacienţi cu hiperhidroză au dispărut nu numai problemele generate de transpiraţia excesivă, ci şi cele datorate roşirii pielii. În 1992, trioul suedez a acceptat să opereze câteva persoane care se plângeau de neplăcerile teribile provocate de roşire. A fost de-ajuns să-şi facă publice, în presă, rezultatele obţinute, că s-au şi trezit copleşiţi de solicitări. Din 1998 încoace au operat peste trei mii de cazuri de pacienţi cu forme severe de roşire a pielii.

Intervenţia în speţă este practicată, la ora actuală, în întreaga lume, dar medicii suedezi sunt printre puţinii specialişti care şi-au publicat rezultatele: 94% dintre pacienţii lor afirmaseră că efectele devastatoare ale roşirii se diminuaseră considerabil, ele dispărând complet în majoritatea cazurilor. Anchetele realizate la circa opt luni după operaţie au relevat faptul că 2% dintre participanţi regretau decizia de-a fi optat pentru o astfel de soluţie, datorită efectelor secundare, iar 15% dintre ei erau nemulţumiţi. Efectele secundare nu le puneau în pericol viaţa, dar nici nu erau de neglijat. Cel mai grav, apărut la 1% dintre pacienţi, era sindromul Horner, în cazul căruia lezarea accidentală a nervilor simpatici ce inervează ochii se soldează fie cu o pupilă contractată, fie cu o pleoapă căzută ori un ochi adâncit în orbită. La alţi pacienţi a apărut o altă problemă: transpiraţia de la bust în sus a fost stopată, dar la majoritatea, a început să se manifeste supărător, în compensaţie, la nivelul părţii inferioare a corpului. (De altfel, potrivit unui studiu mai amplu, care a urmărit, după zece ani de la momentul efectuării ETS, subiecţii cu sudoraţie palmară, proporţia celor care s-au declarat satisfăcuţi de rezultatul terapeutic scăzuse, atingând doar 67%, nemulţumirea lor fiind datorată, în special, apariţiei manifestărilor compensatorii.) Aproape o treime dintre pacienţi remarcă, de asemenea, o reacţie ciudată, cunoscută sub numele de sudoraţie gustativă – transpiraţie stimulată de anumite gusturi sau mirosuri. Şi pentru că sunt secţionate ramurile nervoase simpatice către inimă, apare o reducere cu 10% a frecvenţei cardiace; ca urmare, unii pacienţi se plâng că le sunt afectate performanţele fizice. Dacă se iau în calcul toate dezavantajele menţionate, operaţia în speţă constituie, în cel mai bun caz, o soluţie limită, o ultimă alternativă la care să se apeleze, după părerea chirurgilor, numai după ce metodele nechirurgicale au eşuat. Când ajung să solicite o programare la Göteborg, oamenii sunt, adesea, în pragul disperării. Era şi cazul unui

pacient care mi-a zis, după ce suferise o astfel de operaţie: „Aş fi făcut-o chiar dacă mi s-ar fi spus că exista un risc de cincizeci la sută să mor.“

În ianuarie 1999, Christine Drury a sosit, însoţită de tatăl ei, la Göteborg – oraş-port cu o vechime de patru sute de ani, situat pe coasta de sud-vest a Suediei. Îşi aminteşte de ziua când au ajuns: era o vreme frumoasă, dar rece, şi fulguia. Centrul Medical Carlanderska era găzduit de o clădire mică şi veche, străjuită de ziduri înalte, albe, cu poartă dublă, din lemn, sub formă de arcadă. Atmosfera întunecoasă şi liniştea din interior i-au creat lui Drury sentimentul că se află într-un donjon. Şi-a dat brusc seama că nu-i mai era foarte clar ce căuta acolo, la o distanţă de peste 14 000 de kilometri de casă, într-un spital despre care nu ştia aproape nimic. S-a dus totuşi să-şi facă fişa de internare, iar o asistentă i-a şi recoltat sânge pentru testele de laborator obişnuite, a verificat dacă are toate documentele medicale necesare şi i-a comunicat că are de plătit şase mii de dolari. Drury a achitat taxa cu o carte de credit.

Camera de spital avea un aer ospitalier – era curată şi modernă, cu lenjerie de pat albă şi cuverturi albastre. Christer Drott, chirurgul care a preluat-o, a venit s-o vadă a doua zi dimineaţă, devreme. Drury povesteşte că vorbea o engleză cu un accent britanic impecabil şi că avea o atitudine extraordinar de încurajatoare: „Îţi strânge mâna şi este atât de înţelegător… Doctorii aceia au tratat mii de cazuri ca al meu. Pur şi simplu, mi-a plăcut foarte mult.“

La nouă şi jumătate dimineaţa a intrat un infirmier ca s-o conducă în sala de operaţie. „Tocmai terminaserăm de vorbit despre cazul unui băiat care murise din cauză că medicul care-i făcuse anestezia adormise“, îşi aminteşte Drury. „Aşa că m-am asigurat, mai întâi, că pe anestezistul meu nu-l va cuprinde somnul şi nu mă va lăsa să mor. A schiţat un zâmbet şi a-ncuviinţat: OK.“

După efectuarea anesteziei, Drott, echipat cu mănuşi şi halat sterile, i-a tamponat pieptul şi axilele cu soluţie antiseptică şi-a acoperit-o cu cearşafuri sterile, lăsându-i la vedere doar zona axilelor. A palpat atent regiunea situată între coaste şi axila stângă, ca să identifice locul unde urma să intervină; cu vârful unui bisturiu a făcut o incizie de şapte milimetri, iar prin orificiul respectiv i-a introdus în torace un ac cu diametru mare, prin care i-a pompat doi litri de dioxid de carbon, ca să-i împingă în lateral plămânul stâng. Drott a inserat apoi un rezectoscop – un tub metalic cu sistem de lentile şi de fibre optice, prevăzut la capăt cu un cauter; acesta este, de fapt, un instrument folosit în urologie, cu un diametru foarte mic, care să-i faciliteze inserţia în uretră (cu toate că, pentru pacienţii cu afecţiuni urologice, nu e niciodată suficient de subţire). Vizualizând zona prin lentila de la capătul proximal, a căutat trunchiul simpatic stâng, având grijă să nu lezeze vasele de sânge principale dinspre inimă, şi a identificat fibrele cu structură netedă, filiformă, dispuse de-a lungul capetelor coastelor, unde întâlnesc coloana vertebrală. A cauterizat trunchiul simpatic în două locuri, în dreptul coastelor a doua şi a treia, distrugând toate ramurile faciale, cu excepţia celor care aveau traseul spre ochi. După ce s-a asigurat că nu există nici un fel de hemoragie, a extras instrumentul, a inserat în locul lui un cateter, pentru a aspira dioxidul de carbon şi-a permite plămânului să revină la poziţia şi dimensiunile normale, iar în final, a suturat incizia. A trecut apoi pe latura opusă a mesei de operaţie şi a repetat aceeaşi procedură pentru partea dreaptă a toracelui. Totul a decurs fără nici cea mai mică problemă. Şi a durat doar douăzeci de minute.

Ce se întâmplă când este eliminată capacitatea de-a roşi a unei persoane? Să fie vorba doar de-o versiune chirurgicală a efectului fondului de ten Merle Norman Cover Up Green –

care îndepărtează roşeaţa, dar nu şi timiditatea? Sau chiar reuşesc nişte tăieturi ale unor fibre nervoase periferice să afecteze personalitatea cuiva? Mi-aduc aminte că la un moment dat, pe vremea când eram adolescent, mi-am cumpărat o pereche de ochelari de soare cu lentile oglindă. I-am pierdut după numai câteva săptămâni, dar când îi aveam la ochi, mă surprindeam privindu-i pe oameni obraznic şi arborând un aer mai dur. Sub protecţia lor simţeam că am o altă identitate, că sunt mai puţin vulnerabil, mai liber. Să aibă oare şi chirurgia un efect similar?

După aproape doi ani de la operaţia lui Drury, am luat prânzul cu ea la un bar sportiv din Indianapolis. Mă tot întrebasem cum va arăta faţa ei după ce nu va mai avea acei nervi consideraţi a fi implicaţi în controlul fenomenului de roşire – oare va avea un ten mai palid, mai pătat sau un aer oarecum lipsit de naturaleţe? Mi-a spus că are obrajii luminoşi, cu o tentă rozalie, că înfăţişarea ei nu suferise, practic, nici o schimbare. Uneori mai avea o vagă senzaţie de roşire a feţei: avea sentimentul clar că roşeşte, deşi nu se vedea nimic pe chipul ei. Am întrebat-o dacă i se înroşeşte faţa când aleargă, dar mi-a răspuns că nu, deşi i s-ar roşi dacă ar sta în cap. Celelalte schimbări de natură fizică i se păreau minore. Remarcase că nu mai transpira deloc în zona feţei şi a braţelor; în schimb, sudoraţia de la nivelul stomacului, spatelui şi picioarelor era mult mai abundentă decât înainte, ceea ce nu-i crea însă neplăceri. Cicatricile, foarte fine la început, dispăruseră complet.

Drury îşi aminteşte că se simţea alt om încă din prima dimineaţă după operaţie. Un infirmier, foarte chipeş, venise să-i ia tensiunea. Înainte ar fi roşit din clipa în care s-ar fi apropiat de ea. De acea dată însă, n-a mai fost aşa. Avea senzaţia că-i fusese scoasă o mască de pe figură.

În aceeaşi zi, după externare, s-a supus singură unui test: a oprit la întâmplare, pe stradă, persoane necunoscute, ca să

le întrebe diverse adrese – situaţie care-o făcea întotdeauna să roşească. Atunci însă, nici vorbă de aşa ceva. I-a confirmat şi tatăl ei. Îşi aminteşte că, la aeroport, în timp ce stăteau împreună la o coadă lungă, la îmbarcare, nu-şi găsea paşaportul. „Aşa că mi-am golit conţinutul portmoneului pe podea şi-am început să-l caut şi mi-am dat seama că făceam asta fără să înlemnesc de jenă", zice Drury. „M-am uitat în sus, spre tata şi-am izbucnit în plâns."

Odată întoarsă acasă, i se părea că lumea arăta altfel. Nu i se mai părea deloc complicat sau înspăimântător să fie atentă la cei din jur. Obişnuitul ei monolog interior, ce avea loc ori de câte ori trebuia să se adreseze cuiva („Te rog, nu roşi, te rog, nu roşi, o, Doamne, o să roşesc"), s-a evaporat, pur şi simplu, şi a constatat că putea să-şi asculte mai uşor interlocutorii. Era în stare să se şi uite în ochii lor mai mult timp, fără să mai fie terorizată de gândul că va fi nevoită să le evite privirea. (De altfel, trebuia să-şi facă autoeducaţie, ca să nu se uite prea insistent la cineva.)

La cinci zile după operaţie, Drury era din nou la pupitrul emisiunii sale. În acea noapte n-a mai folosit aproape deloc farduri. Purta un sacou de lână bleumarin, din categoria veşmintelor călduroase de care nici nu voia să audă înainte. Mi-a spus că în acele momente a avut sentimentul unui nou început: „Acesta e debutul meu. Şi-a mers perfect."

După o vreme am vizionat câteva înregistrări ale emisiunilor pe care le realizase în primele săptămâni după intervenţia chirurgicală. I-am urmărit relatările despre cazul unui pastor local ucis de către un şofer beat şi despre cel al împuşcării unui tânăr de nouăsprezece ani de către un altul în vârstă de şaisprezece ani. Nu fusese nicicând atât de naturală. Cel mai mult m-a frapat o emisiune ce nu făcea parte din seria curentă a buletinelor de ştiri nocturne. Avea caracter educativ şi se numea „Read, Indiana, Read!" („Citeşte, Indiana,

Citeşte!“) Apăruse pe post, pentru şase minute, într-o dimineaţă de februarie, citind o povestire în faţa unui grup gălăgios de băieţi în vârstă de opt ani, în timp ce pe ecran se derulau mesaje adresate părinţilor, prin care aceştia erau încurajaţi să le citească mai des copiilor lor. În ciuda haosului provocat de puştii care se mişcau permanent, aruncau cu diverse obiecte sau îşi lipeau feţele de obiectivul camerei de luat vederi, nu şi-a pierdut nici o clipă cumpătul.

Drury nu vorbise cu nimeni despre operaţia pe care o făcuse, dar colegii au remarcat imediat că era ceva schimbat la ea. Am vorbit cu unul dintre producători, care mi-a spus: „Îmi zisese că urma să plece într-o călătorie împreună cu tatăl ei, dar când s-a întors şi am văzut-o din nou la televiziune, am exclamat: «Christine! A fost incredibil!» Avea un aer extraordinar de relaxat în faţa camerei de filmat. Prin canalul TV răzbătea vizibil siguranţa de sine, o atitudine complet diferită de cea anterioară.“ În decurs de câteva luni, Drury a obţinut o slujbă de reporter, în cadrul unei emisiuni de maximă audienţă, la un alt post de televiziune.

I s-au tăiat mai multe fibre nervoase direcţionate către zona feţei şi a devenit alt om. Este o senzaţie ciudată, fiindcă ne gândim că eul nostru interior nu este influenţat de asemenea detalii fizice. Nu cred că există cineva care, văzându-şi chipul într-o fotografie sau auzindu-şi vocea pe o înregistrare, să nu fi exclamat: Dar nu sunt eu! De pildă, pacienţii care au suferit arsuri faciale şi se privesc în oglindă pentru prima oară au întotdeauna senzaţia că se uită la o persoană străină. Şi nu ajung să „se obişnuiască“ cu noua lor înfăţişare; aceasta le modifică relaţiile cu lumea, atât în ceea ce priveşte propriile aşteptări de la ceilalţi, cât şi modul în care se percep ei înşişi în ochii altora. O asistentă medicală care lucra într-o secţie de arşi mi-a spus odată că oamenii cândva siguri pe

ei pot deveni temători și triști, iar cei slabi, niște simpli „supraviețuitori“ cu un chip „altfel“. Drury a trăit și ea experiența roșirii „defensive“ ca pe ceva complet extern, care nu se deosebea de o arsură – o numise „masca roșie“. Efectul acesteia era însă atât de profund, încât ajunsese să creadă că prezența ei o împiedica să se prezinte în fața oamenilor așa cum trebuia să fie. Îndepărtarea măștii a făcut-o să pară altfel, mai îndrăzneață, „complet diferită de cea dinainte“. Dar ce s-a întâmplat cu persoana care s-a simțit toată viața stânjenită și timidă doar când se uita cineva la ea? Persoana aceea, avea să descopere treptat Drury, era tot acolo.

Într-o noapte, a ieșit în oraș, la cină, cu un prieten și a decis să-i spună despre operație. A fost primul om, în afară de cei din familie, căruia i-a destăinuit secretul ei. Povestirea ei l-a îngrozit. A făcut o intervenție chirurgicală ca *să-i anihileze capacitatea de-a roși*? Părea aberant, i-a zis, ba și mai rău, inutil. Își amintește că l-a auzit spunându-i: „Voi, oamenii de televiziune, sunteți dispuși să faceți orice ca să avansați în carieră.“

S-a întors acasă cu ochii în lacrimi, supărată, dar și jignită, întrebându-se dacă ceea ce făcuse fusese într-adevăr un capriciu, o slăbiciune. În săptămânile și lunile care-au urmat a devenit din ce în ce mai convinsă că soluția chirurgicală la care apelase o transformase într-un soi de impostoare. „Operația mi-a netezit calea spre cariera de jurnalist, pentru care m-am pregătit“, spune Drury, „dar mi-a fost foarte rușine că am simțit nevoia să scap de probleme recurgând la astfel de mijloace artificiale.“

A început să se teamă tot mai tare că vor afla și alții despre operație. Odată, un colaborator care încerca să-și dea seama ce se schimbase în înfățișarea ei a întrebat-o dacă slăbise. I-a răspuns, cu un zâmbet abia schițat, că nu, fără să mai adauge nimic altceva. „Mi-aduc aminte că, în duminica de dinainte

de Indy 500*, am fost la un picnic organizat de cei din studio şi mă rugam mereu în gând să pot pleca de-acolo fără să fiu întrebată de nimeni «Hei, ce s-a întâmplat cu roşeaţa ta?»“ A constatat că era exact aceeaşi stânjeneală ca înainte, numai că acum nu mai era provocată de roşire, ci de absenţa ei.

În timpul emisiunilor televizate, timiditatea a început din nou să-i creeze probleme. În iunie 1999 şi-a preluat noua slujbă, dar nu era programată să apară pe post vreme de două luni. În acest răstimp, îşi simţea sufletul tot mai apăsat de îndoielile cu privire la perspectiva de a-şi relua activitatea în televiziune. Într-una din zilele acelei veri a ieşit pe teren împreună cu o echipă care filma efectele dezastruoase ale unei furtuni ce smulsese din rădăcini copacii dintr-un oraş învecinat. Au lăsat-o să-şi verifice ţinuta în faţa camerei de luat vederi. Era sigură că arată bine, dar nu se simţea deloc aşa. „Aveam sentimentul că nu era locul meu acolo, că nu meritam să fiu acolo“, spune Drury. Câteva zile mai târziu şi-a dat demisia.

Trecuse mai mult de-un an de-atunci, timp în care fusese nevoită să-şi reaşeze viaţa pe traiectoria firească. Fără serviciu şi copleşită de ruşine, a stat o vreme retrasă, fără să vadă pe nimeni, stând pe canapea şi uitându-se la televizor, într-o stare depresivă în care se adâncea tot mai mult. Încet-încet, situaţia a început să se schimbe. Mai întâi, s-a forţat să recunoască, faţă de prieteni şi foşti colegi, ce se întâmplase de fapt. A fost în egală măsură surprinsă şi uşurată să constate că aproape toţi cei cu care vorbise o susţineau şi-o încurajau. În septembrie 1999 a avut chiar forţa de-a înfiinţa o organizaţie, Red Mask Foundation (Fundaţia Măştii Roşii), menită să popularizeze informaţii despre fenomenul de roşire cronică

---

* Indianapolis 500, sau prescurtat Indy 500, este considerată cea mai celebră cursă auto din lume; are loc anual, pe circuitul oval de la Indianapolis Motor Speedway (n. tr.).

şi să ofere sprijin tuturor celor afectaţi de el. Se părea că dezvăluirea secretului îi permitea, în sfârşit, să-şi continue drumul.

În iarna acelui an şi-a găsit o nouă slujbă – de data aceasta, la radio, ceea ce era perfect normal. A devenit asistenta şefului reprezentanţei studioului de radio Metro Network din Indianapolis. Prezenta zilnic ştirile de dimineaţă pe două posturi şi se ocupa, în fiecare după-amiază, de transmisiile din trafic atât pentru acestea, cât şi pentru alte posturi de radio. Primăvara următoare, recăpătându-şi încrederea în sine, a reluat, treptat, legătura şi cu unele posturi de televiziune. Cel local al studiourilor Fox au acceptat s-o angajeze ca prezentator de rezervă. La începutul lui iulie a fost chemată în emisiune în ultimul moment, ca să susţină ştirile din trafic pe parcursul celor trei ore ale programului de dimineaţă.

Am văzut şi eu înregistrarea acelui program. Era realizat după toate regulile matinalelor de ştiri, cu doi crainici veseli – un bărbat şi o femeie – cufundaţi în fotolii confortabile, fiecare cu câte-o cană uriaşă cu cafea în faţă. Se întrerupeau din jumătate în jumătate de oră ca să-i dea legătura lui Drury pentru difuzarea, în răstimpul a două minute, a unui buletin de ştiri din trafic. Acesta consta în anunţarea accidentelor şi a blocajelor produse în anumite zone ale oraşului, pe care Drury le indica, stând în picioare, pe hărţile proiectate pe ecranul din spatele ei. Din când în când, cei doi prezentatori i se adresau pe un ton glumeţ – de exemplu, „Hei, nu eşti tu fata care ne transmite de obicei noutăţile din trafic“ –, ceea ce nu-i crea nici un fel de disconfort, ba dimpotrivă, le răspundea în cel mai firesc mod, râzând şi glumind la rândul ei. Era captivant, spune Drury, nu şi uşor însă. Se simţea, fără voia ei, puţin stânjenită, întrebându-se ce-ar putea gândi lumea despre revenirea ei în televiziune după atâta vreme. Dar senzaţia respectivă n-o copleşea. Începea să se simtă bine în propria-i piele, după cum afirma ea însăşi.

Cei care citesc aceste rânduri vor dori să afle dacă, până la urmă, problemele ei erau de natură fizică sau psihologică. Clarificarea unei asemenea chestiuni este însă imposibilă, tot aşa cum nu se poate stabili dacă fenomenul roşirii are cauze fizice ori mentale. La fel, în cazul oricărui om, cele două laturi coexistă, ele neputând fi separate nici măcar de bisturiul unui chirurg. Am întrebat-o pe Drury dacă regreta că făcuse operaţia. „Absolut deloc", mi-a răspuns. Ba chiar consideră că pentru ea a fost „leacul" de care avea nevoie. Şi mi-a mai spus: „Oamenii trebuie să ştie că intervenţia chirurgicală nu rezolvă problema pentru totdeauna." Găsise o cale de mijloc – atinsese, după părerea ei, un stadiu de satisfacţie medie. Se eliberase de povara timidităţii excesive pe care i-o provocase roşirea, dar accepta faptul că nu va scăpa niciodată definitiv de ea. Anul următor, în octombrie, a devenit reporter independent part-time pentru Channel 6, filiala din Indianapolis a postului de televiziune ABC. Speră că, la un moment dat, va ajunge să lucreze full-time.

Omul care nu se putea opri din mâncat

Operaţia de bypass gastric de tip Roux-en-Y este o procedură radicală şi cea mai drastică modalitate disponibilă de a pierde în greutate. Este, totodată, cea mai ciudată intervenţie chirurgicală la care am participat vreodată. Nici nu înlătură vreo afecţiune, nici nu rezolvă vreo anomalie sau vreo leziune. Este o operaţie prin care se vizează controlarea voinţei cuiva – manipularea viscerelor unei persoane, pentru a o determina să nu mai mănânce niciodată peste măsură. Iar popularitatea ei este din ce în ce mai mare. În 1999, au apelat la un asemenea tip de operaţie circa 45 000 de pacienţi obezi din SUA şi se estima că numărul lor urma să se dubleze până în 2003. Vincent Caselli era şi el pe cale de-a li se alătura.

Pe 13 septembrie 1999, la ora 7:30 dimineaţa, un anestezist şi două infirmiere l-au adus pe Caselli (al cărui nume real a fost schimbat) în sala de operaţie, unde-l aşteptam împreună cu chirurgul lui curant. Caselli avea cincizeci şi patru de ani, era operator de utilaj greu şi antreprenor în construcţii de drumuri (se ocupase, împreună cu echipa lui, de pavarea unei intersecţii din cartierul în care locuiam), se născuse într-o familie de imigranţi italieni, era căsătorit de treizeci şi cinci de ani, avea trei fete mari, care deveniseră, între timp, mame. Şi încă ceva: avea o greutate corporală de două sute paisprezece kilograme, la o înălţime de numai un metru şi şaizeci şi cinci de centimetri, şi era nefericit. Imobilizat la

domiciliu, cu sănătatea şubrezită, ducea o viaţă care nu mai avea nimic comun cu un trai normal.

Pentru pacienţii din categoria celor foarte obezi, numai anestezia generală în sine este o procedură riscantă, iar chirurgia abdominală majoră are toate şansele să implice efecte dezastruoase. Obezitatea creşte considerabil riscul de producere a insuficienţei respiratorii, a atacului de cord, a herniilor – a aproape oricărei complicaţii posibile, inclusiv a decesului. Cu toate acestea, dr. Sheldon Randall, chirurgul curant, era relaxat – vorbea cu asistentele despre weekendurile lor, îl încuraja pe Caselli că totul va decurge foarte bine –, căci făcuse peste o mie de asemenea operaţii. Eu, rezidentul care asista la intervenţie, aveam în continuare un sentiment de nelinişte. Privind ce eforturi făcea Caselli ca să treacă din scaunul cu rotile pe masa de operaţie şi cum se opreşte, la jumătatea distanţei, ca să-şi tragă sufletul, mi-era teamă că se va prăbuşi în secunda următoare. Odată ajuns pe masă, şoldurile i s-au revărsat de-o parte şi de alta, aşa că am verificat de două ori spaţiul până la marginea mesei care-l proteja de marginile ascuţite ale acesteia. Pe trupul gol, halatul de spital de mărime „universală“ abia reuşea să-i acopere o mică parte a corpului, aşa că, din pudoare, o asistentă i-a pus peste partea inferioară o pătură. Când am încercat să-l aşezăm la orizontală, n-a mai putut să respire, iar pielea i s-a albăstrit. Anestezistul a fost nevoit, aşadar, să-l adoarmă în poziţie verticală. Abia după inserarea tubului pentru asigurarea respiraţiei şi conectarea la dispozitivul de ventilaţie artificială am reuşit să-l culcăm pe spate.

Era cât un munte pe masa de operaţie. Eu am un metru optzeci şi cinci înălţime, dar chiar şi în condiţiile în care masa era coborâtă la maximum posibil, am fost nevoit să stau cocoţat pe un taburet ca să pot opera; dr. Randall se ridicase pe două taburete aşezate unul peste altul. Mi-a făcut semn cu capul

şi am efectuat o incizie verticală, în jos, pe mijlocul pântecelui, străbătând straturile de piele şi de grăsime gălbuie, lucioasă. În cavitatea abdominală, ficatul era şi el împănat cu grăsime, care îi acoperea din abundenţă intestinul; stomacul, în schimb, avea un aspect normal – o pungă cu pereţi netezi, de culoare cenuşiu-rozalie şi mărimea a doi pumni. Am instalat retractoare metalice, pentru a menţine plaga deschisă şi a ţine deoparte ficatul şi ansele şerpuitoare ale intestinului. I-am capsat o porţiune de stomac, reducându-i capacitatea de depozitare a alimentelor la dimensiunea de circa 30 de grame; înainte de operaţie putea găzdui ceva mai mult de un litru, în timp ce acum nu mai încăpea decât conţinutul unui păhărel de lichior. Am ataşat apoi orificiul acestei mici pungi stomacale la o porţiune a intestinului situată la o distanţă de şaizeci de centimetri dincolo de duoden, ocolind deci duodenul, prima parte a intestinului subţire, unde are loc digerarea hranei cu ajutorul bilei şi a sucurilor pancreatice. Aceasta a fost componenta de bypass a intervenţiei, care a avut ca scop încetinirea absorbţiei alimentelor, indiferent de cantitatea de hrană pe care ar putea-o găzdui stomacul.

Operaţia ne-a luat ceva mai mult de două ore. Starea lui Caselli a fost tot timpul stabilă, dar a avut o recuperare dificilă. De obicei, după o astfel de intervenţie chirurgicală, pacienţii pot pleca acasă în termen de trei zile. Caselli, în schimb, după două zile abia începuse să-şi dea seama unde se află. Vreme de douăzeci şi patru de ore nu i-au funcţionat rinichii, iar plămânii acumulaseră lichid. Începuse să delireze – vedea tot felul de lucruri pe pereţi, îşi trăgea masca de oxigen de pe faţă sau electrozii cu care era conectat la monitoare, ba chiar şi perfuzia montată la mână. Eram îngrijoraţi, iar soţia şi fiicele lui erau de-a dreptul îngrozite. Treptat însă, a început să-şi revină.

A treia zi după operaţie se simţea suficient de bine ca să ia câteva înghiţituri de lichide limpezi (apă, suc de mere, băutură irlandeză de ghimbir), în cantităţi de până la 30 de grame, din patru în patru ore. În cursul vizitei de după-amiază l-am întrebat cum a mers înghiţitul. „OK", mi-a răspuns. Am început să-i dăm porţii de câte 100 de grame de Carnation Instant Breakfast*, pentru a-i asigura necesarul de proteine şi un aport scăzut de calorii. A putut să mănânce jumătate din cantitate, în decurs de o oră. A avut apoi senzaţia de saţietate, moment în care a şi simţit o durere tăioasă, neplăcută. Era de aşteptat, i-a zis dr. Randall. Urma să-l mai necăjească vreo câteva zile, înainte de-a fi pregătit să tolereze hrana solidă. Dar avea o evoluţie bună. Nu mai era nevoie să i se administreze intravenos lichide. Avea control asupra durerii provocate de plagă. Iar după o scurtă perioadă de acomodare petrecută în secţia de reabilitare, l-am trimis acasă.

După două săptămâni l-am întrebat pe dr. Randall cum se mai simţea Caselli. „Foarte bine", mi-a răspuns chirurgul. Deşi mă mai ocupasem şi înainte de el de câteva cazuri similare, n-am văzut niciodată cum a evoluat în timp starea pacienţilor după externare. Va reuşi să se debaraseze de toate kilogramele acelea? Am vrut să ştiu. Şi cât de mult putea să mănânce? Randall mi-a sugerat să-i fac o vizită lui Caselli, ca să aflu singur răspunsurile. Aşa că, într-una din acele zile ale lui octombrie, i-am dat un telefon. Părea că se bucura să mă audă. „Haideţi până la mine", m-a invitat. Şi m-am dus să-l văd chiar în acea zi, după orele de program.

Vincent Caselli locuia, împreună cu soţia sa, într-o modestă casă de lemn în stil colonial, situată într-o zonă de la periferia oraşului Boston. Ca să ajung acolo, m-am înscris

---

* Marcă Nestlé de alimente instant (n. tr.).

pe autostrada 1, am trecut pe lângă patru Dunkin' Donuts, patru pizzerii, trei localuri de tip steak house, două McDonald's, două restaurante Ground Rounds, un fast food Taco Bell, un Friendly's* şi un International House of Pancakes**. (O privelişte îndeobşte prietenoasă, dar care, în acea zi, părea doar un trist tur de orizont asupra fenomenului cotidian de autodistrugere.) Am sunat la uşă. A trecut mai bine de-un minut până să aud sunetul slab al unor paşi ce se apropiau de intrare. Mi-a deschis Caselli. Respira greu. Dar chipul i s-a destins într-un zâmbet larg când a dat cu ochii de mine şi mi-a strâns mâna călduros. M-a condus – sprijinindu-se la fiecare pas de masă, de perete, de cadrul uşii – spre o masă din bucătăria sa cu tapet înflorat.

L-am întrebat cum se simte. „Bine, realmente bine", mi-a răspuns. Nu mai avea durerea provocată de operaţie, incizia era vindecată şi, deşi nu trecuseră decât trei săptămâni de la intervenţie, slăbise deja douăzeci de kilograme. Dar, deşi ajunsese la o sută nouăzeci şi cinci de kilograme şi îşi strâmta mereu pantalonii cu talia 64 şi tricourile XXXXXXL (cele mai mari pe care le putuse găsi la magazinul de confecţii pentru măsuri excepţionale), tot nu se simţea altfel decât înainte. Când se aşeza, era nevoit să-şi ţină picioarele depărtate ca să-şi poată lăsa abdomenul în voie printre ele, iar când stătea pe un scaun de lemn, greutatea corpului îl forţa să-şi schimbe poziţia în fiecare minut, fiindcă altfel îi amorţea şezutul. Sudoarea i se prelingea printre cutele frunţii, îmbibându-i părul cărunt şi făcându-l să stea lipit de creştetul capului. Ochii căprui, apoşi, aveau dedesubt pungi întunecate. Respira greu, cu zgomot.

---

* Lanţ de restaurante specializate în deserturi pe bază de îngheţată (n. tr.).

** Lanţ de restaurante specializate în preparate pentru micul dejun (n. tr.).

Am discutat despre momentele când se întorsese de la spital. Cea dintâi masă solidă pe care a încercat-o a constat într-o porţie de ouă jumări. A fost de-ajuns ca să se simtă dintr-odată cumplit de sătul. Atât de sătul, îşi amintea Caselli, încât i s-a făcut rău şi şi-a provocat voma. Îi era teamă că în stomacul lui nu va mai ajunge niciodată ceva solid. Treptat însă, a constatat că putea să tolereze cantităţi mici de alimente moi – piure de cartofi, macaroane, chiar şi carne de pui mărunţită fin şi îmbibată cu lichid. A observat că făinoasele şi produsele din carne uscate i se „înţepeneau“ în tubul digestiv şi era nevoit să-şi vâre un deget pe gât ca să le vomite.

Faptul că se ajunsese aici îl îngrijora pe Caselli, dar se împăcase cu gândul că aşa trebuia să fie. „Dacă mai durează un an sau doi, sunt pierdut“, spunea el. Începuse lupta când se-apropia de treizeci de ani. „Am avut întotdeauna ceva greutate în plus.“ Când s-a căsătorit cu Teresa (aşa-i voi spune soţiei lui) avea o sută zece kilograme, iar zece ani mai târziu ajunsese la o sută cincizeci. A urmat un regim de slăbire şi a scăpat de treizeci şi opt de kilograme, dar apoi a pus la loc o sută. În 1985 ajunsese la două sute de kilograme. Cu ajutorul unei diete a coborât până la nouăzeci şi cinci de kilograme. După care, din nou, greutatea i-a urcat vertiginos. „Cred că am câştigat şi am pierdut cincizeci de kilograme“, mi-a zis. A devenit hipertensiv şi diabetic, i-a crescut colesterolul, îl dureau mereu genunchii şi spatele, îi diminuase considerabil mobilitatea fizică. Obişnuia să ia bilete la meciurile echipei de hochei pe gheaţă Boston Bruins din fiecare campionat şi să meargă mereu, în timpul verii, la circuitul auto de la Seekonk. Cu mulţi ani în urmă participase el însuşi la curse. Acum, de-abia mai reuşea să parcurgă distanţa până la camionetă. Nu mai călătorise cu avionul din 1983 şi trecuseră deja doi ani de când urcase ultima oară la etajul al doilea al propriei case, fiindcă nu mai putea să urce

scările. Mi-a spus: „Acum un an, Teresa a cumpărat un computer pentru biroul ei de la etajul unu, dar nu l-am văzut niciodată.“ A fost nevoit să se mute din dormitorul lor, de la primul etaj, într-o camaeră mică de lângă bucătărie. Întrucât îi era imposibil să stea întins, dormise, de atunci, într-un fotoliu rabatabil. Chiar şi-aşa, nu reuşea decât să moţăie, în reprize, datorită apneii în somn – un sindrom foarte frecvent în rândul oamenilor obezi, a cărui apariţie este corelată cu prezenţa excesului de grăsime de la nivelul limbii şi al ţesuturilor moi ale căilor aeriene superioare. Din jumătate în jumătate de oră i se întrerupea respiraţia şi se trezea cu senzaţia că nu mai are aer. Avea o stare de oboseală permanentă.

Mai erau şi alte probleme, din categoria celor despre care oamenii nu prea vorbesc. După spusele lui, era aproape imposibilă menţinerea unei igiene corecte. Nu mai putea să stea în picioare când urina, iar după ce-şi golea intestinul era deseori necesar să facă duş ca să se cureţe. Pliurile pielii erau iritate şi roşii, iar uneori îi apăreau furuncule şi infecţii. L-am întrebat: „V-a afectat viaţa conjugală?“ „Sigur“, mi-a răspuns. „Nu au mai existat relaţii sexuale. Am speranţe mari în privinţa asta.“ Cel mai mare neajuns îl constituia însă diminuarea capacităţii lui Caselli de a-şi câştiga existenţa.

Tatăl lui Vincent emigrase din Italia în anul 1914 şi venise la Boston ca să lucreze în construcţii. În scurtă vreme îşi achiziţionase un excavator cu abur şi îşi înfiinţase o firmă. În 1960, Vince a preluat afacerea împreună cu fratele lui, iar în 1979, a pornit pe cont propriu. Avea dexteritate în manevrarea echipamentului greu – cel mai bine se pricepea să manipuleze Gradallul, un excavator hidraulic cu o capacitate de treizeci de tone, în valoare de trei sute de mii de dolari – şi şi-a angajat o echipă de muncitori pentru construirea de drumuri şi trotuare. A ajuns să-şi achiziţioneze un Gradall, un camion Mack cu zece roţi pentru construcţii, un încărcător şi câteva

camionete. În ultimii trei ani însă, proporţiile fizice pe care le atinsese nu-i mai permiteau să manipuleze Gradallul sau să facă faţă cerinţelor cotidiene legate de întreţinerea echipamentului. A fost nevoit să-şi conducă afacerea de la domiciliu şi să-şi angajeze oameni care să preia lucrările; a apelat şi la un nepot ca să-l ajute să coordoneze echipa de muncitori şi să administreze contractele. Cheltuielile au crescut şi, fiindcă nu se mai putea ocupa singur de rezolvarea chestiunilor birocractice, a început să aibă dificultăţi din ce în ce mai mari în privinţa obţinerii unor noi contracte. Dacă n-ar fi avut salariul Teresei – care administrează un centru de asistenţă socială din Boston – ar fi fost faliţi.

Teresa, o roşcată drăguţă, pistruiată (şi cu o greutate corporală destul de normală) insistase de multă vreme să ţină regim şi să practice regulat exerciţii fizice. Şi el îşi dorea cu disperare să piardă din excesul de kilograme, dar se pare că stresul pe care i-l impunea controlul riguros al dietei, la fiecare masă din zi, era prea mare pentru Caselli. „Sunt un om cu tabieturi“, mi-a declarat. Iar mâncatul, zicea el, era cel mai prost obicei al său. Care este însă problema, din moment ce toată lumea are o asemenea deprindere? L-am întrebat prin ce anume se deosebea obiceiul *lui* de al celorlalţi. Ei bine, porţiile pe care le consuma erau prea mari şi nu putea niciodată să lase ceva în farfurie. Dacă mai rămâneau paste în vasul în care fuseseră pregătite, le mânca. Voiam să aflu de ce. Oare doar pentru că-i plăcea să mănânce? S-a gândit puţin înainte de-a răspunde. Nu, a zis, în cele din urmă, pe un ton hotărât, nu era vorba de plăcere. „Mâncatul mă făcea să mă simt bine instantaneu“, mi-a spus, „dar atât.“ Atunci de unde o asemenea pornire? Să fi fost răspunzătoare foamea excesivă? „Nu-mi era niciodată foame“, mi-a zis.

Din câte mi-am dat seama, impulsul de-a mânca era declanşat şi la Caselli, ca şi în cazul oricărei persoane, de aceleaşi

motive: gustul apetisant al unui fel de mâncare, sosirea orei şapte seara, când toată lumea cinează ori aspectul îmbietor al preparatelor etalate pe masă. Şi se oprea din mâncat ca orişicine: fiindcă era sătul, iar mâncatul nu-i mai producea plăcere. Principala diferenţă faţă de alţi oameni consta în faptul că el avea nevoie de o cantitate neobişnuit de mare de alimente ca să se simtă sătul. (Îngurgita cât ai clipi o pizza mare.) Ca să slăbească, avea de înfruntat aceleaşi probleme ca şi oricine altcineva aflat în situaţia de-a ţine un regim alimentar – să se ridice de la masă înainte de-a se simţi sătul sau cât încă persista gustul bun al mâncării şi să facă mişcare. Erau lucruri fezabile pe termen scurt şi, cu ceva efort de memorie şi antrenament, chiar şi pe termen puţin mai lung, dar, aşa cum avea să constate, nu era în stare să-şi menţină o astfel de conduită şi pe perioade îndelungate de timp. „Nu sunt o fire puternică“, declara Caselli.

Pe la începutul anului 1998, medicul internist i-a spus: „Dacă nu reuşeşti să te debarasezi de kilogramele astea, vom fi nevoiţi să recurgem la ceva mai drastic.“ Avea în vedere intervenţia chirurgicală. I-a descris cu lux de amănunte întreaga procedură şi i-a dat numărul de telefon al doctorului Randall. Caselli nici nu se gândea să apeleze la o astfel de metodă. Ideea în sine de-a se supune acelei operaţii îl neliniştea peste măsură. Asta ar fi implicat să-şi lase baltă afacerile o vreme, ceea ce i se părea de neconceput. Un an mai târziu însă, în primăvara lui 1999, a făcut o infecţie severă la nivelul membrelor inferioare: creşterea progresivă în greutate a determinat apariţia varicelor, urmată de subţierea şi crăparea pielii, ceea ce a dus, în final, la producerea unor ulceraţii purulente. În ciuda durerii sfâşietoare, n-a acceptat să meargă la doctor decât după insistenţele soţiei sale. Medicul i-a stabilit diagnosticul de celulită severă, care a impus spitalizarea lui

Caselli, timp de o săptămână, pentru administrarea unui tratament intravenos cu antibiotice.

La spital a fost supus şi unei proceduri imagistice în vederea depistării unor eventuale cheaguri sangvine la nivelul membrelor inferioare. După un timp, radiologul a venit să-i comunice rezultatul. „Îmi zice", îşi amintea Caselli, „«eşti un om norocos»." „Îl întreb «Am câştigat la loterie? Sau ce s-a întâmplat?», la care-mi răspunde «Nu ai nici un cheag de sânge, ceea ce mă surprinde, realmente.» Îmi spune, «Nu vreau să-ţi spulber iluziile, dar cei aflaţi într-o situaţie similară cu a ta riscă, de obicei, să facă cheaguri sangvine. De unde deduc că starea ta de sănătate e destul de bună»" – cu singura condiţie, a continuat radiologul, ca domnul Caselli să ia o măsură în privinţa greutăţii lui corporale.

Ceva mai târziu a venit să-l vadă şi specialistul în boli infecţioase. I-a desfăcut bandajele, i-a examinat leziunile şi l-a bandajat la loc. I-a spus că picioarele arătau mai bine. Dar a adăugat: „Trebuie să-ţi spun ceva. M-am uitat în fişa ta medicală – am văzut unde, ce şi cum ai fost. Acum eşti aici şi uite ce se întâmplă. Scapă de greutatea aia – şi nu-ţi spun asta ca să te determin să faci un efort suprem, îţi *spun* – scapă de greutatea aia şi-o să fii sănătos tun. Ai inima bună. Plămânii buni. Eşti robust."

„L-am luat în serios", mi-a zis Caselli. „Ştiţi, doi doctori diferiţi îmi spun acelaşi lucru. Nu mă cunosc decât din ceea ce-au citit în fişe. N-aveau nici un motiv să-mi spună aşa ceva. Dar ştiau că greutatea era o mare problemă în cazul meu. Şi dacă aş putea s-o scad..."

Odată ajuns acasă, a mai stat la pat încă două săptămâni. În tot acel răstimp, afacerea intrase într-o fază de declin. Nu mai intrau decât contracte parţiale şi ştia că, după ce-şi vor încheia angajamentele curente, oamenii lui trebuiau lăsaţi să plece în altă parte. Teresa i-a făcut o programare la dr. Randall

şi s-a dus. Doctorul i-a descris operaţia de bypass gastric şi l-a informat foarte deschis asupra riscurilor pe care le implica. Riscul de deces era de unu la două sute de cazuri, iar cel de producere a unui efect advers – de exemplu, hemoragie, infecţie, ulceraţii gastrice, formarea de cheaguri sangvine – era de unu la zece cazuri. Medicul i-a mai spus că intervenţia urma să-i schimbe pentru totdeauna modul de-a mânca. Incapabil să mai lucreze, umilit, epuizat de suferinţă şi de durere, Vincent Caselli a ajuns la concluzia că tratamentul chirurgical era unica speranţă în situaţia lui.

Este dificil să analizezi problema apetitului fără să te întrebi dacă noi, oamenii, avem vreun cuvânt de spus în privinţa propriilor noastre vieţi. Credem în voinţă: trăim cu impresia că avem libertatea de-a lua cele mai banale decizii – de pildă, de a ne aşeza sau a sta în picioare, de a vorbi sau a tăcea, de a lua o bucată de plăcintă sau nu. Cu toate acestea, sunt foarte puţini aceia care, fie ei graşi sau slabi, au posibilitatea de a-şi scădea greutatea corporală pentru un timp mai îndelungat. Tratamentul pentru pierderea în greutate a fost aproape întotdeauna sortit eşecului. Indiferent de regimul alimentar pe care-l urmează – pe bază de lichide, de grepfrut sau cu un aport ridicat de proteine, dieta Zone, Atkins ori Ornish –, oamenii se debarasează destul de rapid de kilogramele excedentare, dar nu-şi menţin nivelul de greutate atins cu-atâta trudă. În 1993, o comisie de experţi ai National Institutes of Health (Institutele Naţionale ale Sănătăţii) a trecut în revistă studiile referitoare la regimurile alimentare efectuate în timpul mai multor decenii şi au constatat că, indiferent de câte kilograme au dat jos, între 90 şi 95% dintre subiecţi au pus la loc de la o treime până la două treimi din greutatea pe care o pierduseră într-un interval de un an – şi au ajuns din nou, în decurs de cinci ani, la cota de la care porniseră.

Medicii le-au suturat pacienţilor maxilarele, ca să le menţină aproape închise, le-au implantat baloane de plastic în stomac, le-au îndepărtat cantităţi uriaşe de grăsime corporală, le-au prescris tratamente cu amfetamine şi cu cantităţi mari de hormon tiroidian, ba chiar i-au supus unor intervenţii neurochirurgicale menite a le distruge centrii foamei situaţi în regiunea cerebrală numită hipotalamus – şi totuşi, oamenii nu-şi pot menţine greutatea corporală la care au reuşit să ajungă prin tratamentul chirurgical. Fixarea maxilo-mandibulară, de exemplu, poate determina o reducere substanţială a numărului de kilograme excedentare, iar cei care solicită o asemenea procedură sunt la fel de motivaţi ca la început; unii dintre ei însă înregistrează, şi după intervenţia chirurgicală, o creştere în greutate, fie datorită aportului mare de calorii din alimentele în stare lichidă pe care le consumă, fie ca urmare a reluării unei diete necorespunzătoare, imediat după îndepărtarea firelor de sutură ce le fixaseră maxilarele. Noi, oamenii, suntem o specie care, în timpul evoluţiei, a învăţat să supravieţuiască în împrejurări de foamete, nu să reziste în condiţii de abundenţă.

Singurul grup de fiinţe umane care nu urmează tristul curs istoric al unor astfel de eşecuri sunt, în mod surprinzător, copiii. Nimeni nu susţine că ei ar avea o capacitate de autocontrol superioară celei a adulţilor; cu toate acestea, patru studii cu control statistic care au urmărit evoluţia unor copii obezi cu vârste între şase şi doisprezece ani au relevat faptul că subiecţii repartizaţi în lotul de utilizatori ai cursurilor destinate însuşirii celor mai simple deprinderi comportamentale (constând în lecţii săptămânale, predate pe parcursul a şase până la opt săptămâni, urmate de şedinţe lunare eşalonate de-a lungul unui an întreg) au avut, la sfârşitul celor zece ani de monitorizare, o greutate corporală semnificativ mai scăzută decât a celor care nu au participat la astfel de cursuri, iar 30% dintre ei

nu mai erau obezi. Este evident că poftele copiilor pot fi modelate. Ale adulţilor însă, nu.

Momentul edificator este cel al mesei. Există cel puţin două moduri în care oamenii pot mânca, la o singură masă, mai mult decât le este necesar. Unul dintre ele constă în ingurgitarea lentă, dar neîntreruptă, a alimentelor, într-un interval de timp exagerat de lung. Este cazul celor care suferă de sindromul Prader-Willi – o disfuncţie ereditară, foarte rară, a hipotalamusului, ce inhibă senzaţia de saţietate – şi care, deşi mănâncă într-un ritm de două ori mai lent decât majoritatea semenilor, nu se pot opri. Dacă nu li se instituie un control foarte strict în ceea ce priveşte accesul la alimente (întrucât, în situaţia în care nu găsesc altceva de mâncare, unii ajung să consume resturi alimentare sau hrană pentru animale), obezitatea are, în cazul lor, risc letal.

Şi mai obişnuit este însă modelul bazat pe aportul rapid. Fiinţele umane sunt supuse, după părerea oamenilor de ştiinţă, unui „paradox al grăsimii". Îndată ce pătrunde în stomac şi în duoden (care constituie porţiunea superioară a intestinului subţire), hrana activează receptorii senzoriali, proteici şi lipidici situaţi la nivelul hipotalamusului, unde este indusă senzaţia de saţietate. Această reacţie este stimulată în cel mai înalt grad de grăsime – chiar şi un aport minim, odată ajuns în duoden, inhibă pofta de mâncare. Şi totuşi consumăm prea multă grăsime. Cum e posibil aşa ceva? Este o chestiune ce ţine de viteza de reacţie. Alimentele pot activa receptorii de la nivelul cavităţii bucale, care determină hipotalamusul să *accelereze* procesul de ingestie – şi, din nou, grăsimea este cel mai puternic stimulent; e suficient ca pe limbă să ajungă o cantitate infimă şi receptorii ne şi îndeamnă să mâncăm mai repede, mai înainte ca semnalele de la nivelul intestinului să ne inhibe apetitul. Cu cât gustul alimentelor este mai bun, cu atât mâncăm mai repede – este vorba de aşa-numitul „efect aperitiv". (În cazul în care vă întrebaţi cum se petrec

lucrurile, aflaţi că fenomenul în speţă se produce datorită faptului că mestecăm nu cu o viteză mai mare, ci într-o manieră mai superficială. Cercetătorii francezi au constatat că, pentru a ingurgita mai multe alimente, într-un timp mai scurt, oamenii îşi reduc „durata masticaţiei" – aşadar, „mestecă de mai puţine ori o unitate standard de hrană" înainte de-a o înghiţi. Cu alte cuvinte, înfulecăm.)

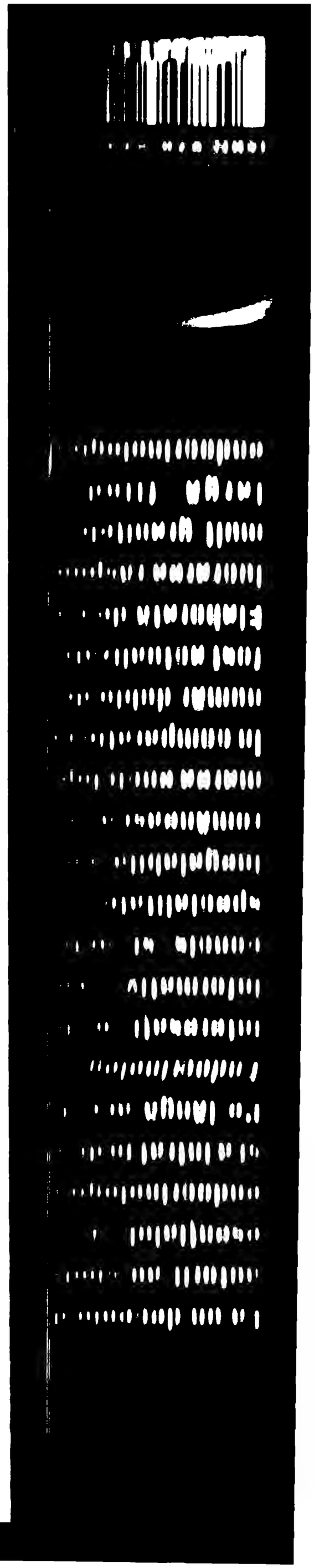
Aparent, nivelul greutăţii corporale pe care îl poate atinge cineva este determinat, parţial, de modul cum interpretează hipotalamusul şi creierul mic semnalele contradictorii primite de la receptorii din cavitatea bucală şi din intestin. Unii oameni se simt sătui destul de repede după ce încep să mănânce; alţii, precum Vincent Caselli, resimt efectul aperitiv un timp mult mai îndelungat. În ultimii ani au fost elucidate numeroase laturi ale mecanismelor acestui proces de control. În prezent ştim că nivelul unor hormoni – de pildă, leptina şi neuropeptidul Y – scade şi creşte în funcţie de concentraţiile grăsimilor, ajustând astfel intensitatea apetitului. Cu toate acestea, cunoştinţele noastre actuale cu privire la mecansimele respective sunt încă precare.

Să luăm ca exemplu un raport, din anul 1998, referitor la doi bărbaţi, „BR" şi „RH", care sufereau de amnezie profundă. Aidoma protagonistului din filmul *Memento*, erau capabili să poarte o conversaţie coerentă, dar numai atâta vreme cât nu le era distrasă atenţia; de îndată ce apărea un factor perturbator, nu-şi mai aminteau absolut nimic din ceea ce discutaseră cu un minut înainte, nici măcar faptul că vorbeau cu cineva. (BR avusese un episod de encefalită virală, iar RH suferea, de două decenii, de epilepsie.) Paul Rozin, profesor de psihologie la Universitatea din Pennsylvania, s-a gândit să-i angreneze într-un experiment ce urmărea să descifreze corelaţia dintre memorie şi mâncat. Împreună cu membrii echipei sale de cercetare a adus, timp de trei zile consecutiv, celor doi participanţi, exact tipul de alimente pe care le consuma

fiecare dintre ei în mod obişnuit (BR a primit ruladă de carne, supă de orz, roşii, cartofi, mazăre, pâine, unt, pere şi ceai, iar RH, cotlet de vițel pane cu parmezan şi paste, fasole verde, suc de fructe şi tartă cu mere). Zilnic, BR a mâncat tot, pe când RH nu a reuşit să consume întreaga cantitate de alimente oferite. Farfuriile le erau luate după fiecare masă de prânz. Zece-treizeci de minute mai târziu, cercetătorii le aduceau, iarăşi, aceleaşi feluri de mâncare, anunţându-i: „A sosit prânzul." Cei doi bărbaţi au mâncat la fel de mult ca înainte. Scenariul a fost reluat, identic, după un nou interval de zece-treizeci de minute. Cercetătorii le-au spus subiecţilor: „A sosit prânzul." Şi ambii bărbaţi mâncau din nou. Ba chiar i-au oferit lui RH un al patrulea prânz consecutiv. Abia atunci, acesta i-a refuzat, afirmând că îşi simţea stomacul „cam plin". Receptorii senzoriali de la nivelul stomacului nu erau complet inactivi. Întrucât afectarea severă a memoriei îi făcea să uite că mâncaseră, contextul social – masa de prânz adusă de cineva – putea îndeplini singur rolul de factor declanşator al apetitului.

Gândiţi-vă numai ce forţe sunt mobilizate, la nivelul creierului, în vederea declanşării senzaţiei de foame sau a celei de saţietate. Aveţi receptori gustativi şi olfactivi, ori percepţia vizuală a unui tiramisu, care vă atrag într-o direcţie, dar şi receptori intestinali ce vă îndreaptă spre direcţia opusă. Aveţi leptine şi neuropeptide care vă anunţă că aveţi o rezervă de grăsimi prea mare sau prea mică. Şi mai aveţi propriul dumneavoastră simţ social şi personal ce vă ajută să apreciaţi cât de bine-venită e ideea de-a mânca mai mult. Dacă unul dintre mecanismele implicate nu mai funcţionează corect, aveţi o problemă.

Cum, la ora actuală, cunoştinţele pe care le deţinem cu privire la apetit nu ne permit să-i înţelegem complexitatea, n-ar trebui să fim surprinşi de faptul că medicamentele pentru



inhibarea poftei de mâncare nu au înregistrat, decât într-o mult prea mică măsură, succesul scontat în ceea ce priveşte reducerea aportului alimentar. (Cea mai eficientă s-a dovedit a fi terapia combinată bazată pe utilizarea a două preparate, fenfluramină şi phenteramină, cunoscută şi sub numele de „fen-phen“, dar corelarea ei cu apariţia, la utilizatori, a unor anomalii ale valvelor inimii, a determinat retragerea respectivelor medicamente de pe piaţă.) Cercetătorii din mediul universitar şi companiile farmaceutice şi-au mobilizat forţele în direcţia sintetizării unui agent terapeutic capabil să intervină eficient în tratamentul obezităţii severe. Până în prezent nu s-a ajuns la o formulă terapeutică adecvată în acest sens. Există totuşi o alternativă terapeutică eficientă pentru abordarea unor astfel de cazuri şi, oricât ar părea de ciudat, este vorba de o intervenţie chirurgicală.

Am la spital o asistentă care lucrează la secţia postoperatorie de terapie intensivă. Are patruzeci şi opt de ani, o înălţime ce depăşeşte cu puţin un metru şi jumătate, părul de culoarea nisipului, tuns băieţeşte, şi o alură aproape atletică. Într-o zi, după ce mă întorsesem din vizita pe care i-o făcusem lui Vincent Caselli, în timpul pauzei de cafea, mi-a spus că avusese cândva peste o sută douăzeci şi cinci de kilograme. Carla (aşa o voi numi de aici înainte) mi-a explicat că suferise, cu cincisprezece ani în urmă, o operaţie de bypass gastric.

Fusese obeză de la vârsta de cinci ani. Începuse, încă din gimnaziu, să ţină diverse diete şi să ia medicamente – laxative, diuretice, amfetamine. „Nu era niciodată o problemă să scap de kilogramele în plus“, îmi zicea. „Greu era să nu le mai pun la loc.“ Îşi aduce aminte cât de tare s-a necăjit, în timpul unei excursii cu prietenii, la Disneyland, când a constatat că, datorită taliei supradimensionate, nu putea să treacă de bariera rabatabilă de acces. La vârsta de treizeci

şi trei de ani a ajuns la o sută treizeci de kilograme. Într-o zi, în timpul unei călătorii pe care o făcuse la New Orleans, împreună cu prietenul ei, doctor, pentru a participa la o întrunire medicală, a văzut că respira atât de greu, încât nu mai era în stare să-şi continue mersul de-a lungul străzii Bourbon. Mi-a spus că a avut atunci, pentru prima oară, un sentiment de frică: „Mi-am simţit viaţa în pericol – nu mă gândeam doar la calitatea ei, ci şi la durata ei."

Asta se întâmpla în anul 1985. Doctorii începuseră să utilizeze unele proceduri chirurgicale pentru tratamentul radical al obezităţii, dar entuziasmul general cu privire la reuşita lor era foarte scăzut. Existau două intervenţii suficient de promiţătoare. S-a dovedit că una dintre ele, denumită bypass jejunoileal – a fost aplicată aproape la nivelul întregului intestin subţire, ca să permită doar absorbţia unei cantităţi minime de alimente –, avea efect letal. Era din ce în ce mai evident că şi cealaltă, care consta în introducerea în stomac a unui inel intragastric, îşi pierdea eficienţa în timp; oamenii aveau tendinţa să se adapteze la noile dimensiuni, mult mai mici, ale stomacului, consumând, din ce în ce mai frecvent, alimente cu un conţinut caloric ridicat.

Lucrând într-un mediu spitalicesc însă, Carla a aflat numeroase informaţii cu privire la operaţia de bypass gastric – inserarea unui inel intragastric asociată cu redirecţionarea intestinului, care să oblige pasajul mâncării doar pe o porţiune de un metru din intestinul subţire. Ştia că datele referitoare la succesul unei astfel de intervenţii erau încă neîncurajatoare şi că toate celelalte operaţii se soldaseră cu eşecuri, aşa că abia după un an a putut lua o decizie în această privinţă. Dar cu cât creştea în greutate, cu atât devenea tot mai conştientă de faptul că trebuia să-şi încerce norocul. În mai 1986 s-a hotărât să facă operaţia.

„Pentru prima oară în viaţa mea, m-am simţit sătulă“, mi-a spus. La şase luni după intervenţia chirurgicală ajunsese la nouăzeci şi două de kilograme. După încă o jumătate de an avea doar şaizeci şi cinci de kilograme. Scăzuse atât de mult în greutate, încât a fost nevoită să apeleze la o nouă intervenţie chirurgicală ca să-i fie îndepărtat surplusul de piele ce atârna, de la nivelul abdomenului şi al coapselor, până spre genunchi. Devenise de nerecunoscut pentru toţi cei care ştiau cum arăta înainte, ba chiar şi pentru ea însăşi. „Am mers pe la baruri, ca să văd dacă puteam fi agăţată de cineva – şi am fost“, mi-a zis Carla. Şi-a adăugat, râzând: „Am refuzat de fiecare dată oferta.“ „Oricum, a fost o încercare“, a continuat ea.

Schimbările apărute după operaţie n-au fost însă strict de natură fizică. S-a pomenit, treptat, că în adâncul fiinţei sale se năştea un sentiment puternic, pe care nu-l mai avusese până atunci: puterea voinţei asupra mâncării. Nu mai *trebuia neapărat* să mănânce ceva. „Ori de câte ori mănânc, ajung să mă întreb, la un moment dat, «Oare-ţi face bine? O să te îngraşi dacă vei mânca prea mult?» Şi mă opresc, pur şi simplu.“ Se simţea deconcertată. Ştia clar că intervenţia chirurgicală justifica motivul pentru care nu mai mânca la fel de mult ca înainte. Şi totuşi avea senzaţia că ea era cea care lua decizia respectivă.

Aşa cum reiese din studiile pe această temă, experienţa Carlei era un exemplu tipic de operaţie de bypass gastric reuşită. „Sigur că mi se face foame, dar am tendinţa să mă gândesc de două ori înainte de-a hotărî ce şi cât voi mânca“, mi-a spus o altă pacientă, care făcuse un tratament chirurgical identic şi care purta cu ea însăşi, ca şi Carla, acelaşi tip de dialog interior – „Îmi pun întrebarea: «Chiar trebuie să mănânc aşa ceva?» Mă supraveghez cu mare atenţie.“ În cazul multor persoane, sentimentul că deţin controlul asupra situaţiei se extinde şi dincolo de aspectele legate strict de dietă.

Devin mai sigure pe ele, chiar mai îndârjite – mergând, uneori, până în pragul declanşării unor stări conflictuale. S-a constatat, de pildă, că frecvenţa divorţurilor a crescut considerabil în rândul pacienţilor care au fost supuşi unei astfel de intervenţii chirurgicale. Nici Carla n-a făcut excepţie: la câteva luni după operaţie s-a despărţit de partenerul ei.

În cazul Carlei, spectaculoasa pierdere în greutate s-a dovedit a nu fi doar un fapt aleatoriu. Rezultatele cercetărilor publicate până în prezent arată că majoritatea pacienţilor supuşi unui bypass gastric pierd, în decurs de un an, minimum două treimi din surplusul lor ponderal (în general, peste cincizeci de kilograme). Ei reuşesc să-şi şi păstreze noua greutate: studiile ce includeau o etapă de verificare a evoluţiei subiecţilor după zece ani de la data efectuării operaţiei au constatat că respectivii puseseră la loc, în medie, nu mai mult de cinci-şase kilograme. Iar beneficiile la nivelul stării de sănătate sunt surprinzătoare: pacienţii sunt expuşi unui risc mai mic de-a face insuficienţă cardiacă, astm sau artrită, cel mai remarcabil efect al tratamentului fiind concretizat, la 80% dintre suferinzii de diabet, în dispariţia completă a simptomelor bolii.

Într-o dimineaţă de ianuarie a anului 2000, am trecut din nou pe la Vincent Caselli, ca să văd cum stăteau lucrurile la aproape patru luni după operaţie. N-a venit chiar ţopăind sprinten ca să-mi deschidă, dar nu mai gâfâia deloc. Îi dispăruseră şi pungile de sub ochi. Trăsăturile feţei erau mai ferme, mai bine definite. În ciuda dimensiunilor generoase, şi pieptul îi părea mai mic.

Mi-a spus că avea vreo sută şaptezeci şi patru de kilograme – încă mult peste greutatea normală pentru un bărbat cu o înălţime de numai un metru şi şaizeci şi cinci de centimetri, dar, oricum, cu patruzeci şi cinci de kilograme mai

puţin decât avea când urcase pe masa de operaţie. Iar efectele pozitive asupra vieţii lui începuseră să se simtă. Îşi aducea aminte că în octombrie ratase nunta fetei sale celei mici datorită faptului că pe atunci nu era în stare să străbată pe jos distanţa până la biserică. Din decembrie însă, pierduse în greutate suficient de mult ca să-şi reia mersul zilnic, din fiecare dimineaţă, până la garajul pe care-l avea în East Dedham. „Ieri am descărcat din camion trei cauciucuri", mi-a spus. „Eu, să fi făcut aşa ceva acum trei luni? Nici nu se punea problema." A urcat, pentru prima oară din anul 1997, scara interioară a propriei locuinţe. „Într-o zi, în preajma Crăciunului, îmi zic în sinea mea: «Ia să-ncerc. Trebuie să-ncerc.» Am păşit foarte lent, treaptă cu treaptă, când cu-n picior, când cu celălalt." Aproape că nu mai recunoştea nimic la primul etaj. Baia fusese renovată de când o văzuse ultima dată, iar Teresa îi preluase, cum era şi firesc, dormitorul şi dulapurile. Mi-a spus că avea de gând să se mute la loc, deşi s-ar putea să mai dureze o vreme. Era nevoit să doarmă tot într-un fotoliu rabatabil, numai că acum reuşea să stea timp de patru ore întins pe spate – „Mulţumesc lui Dumnezeu", a zis. Nu mai avea diabet. Şi, deşi tot nu putea să stea în picioare mai mult de douăzeci de minute, scăpase şi de ulceraţiile de la nivelul membrelor inferioare. Şi-a suflecat pantalonii ca să-mi arate. Am observat că purta o pereche de ghete Red Wing obişnuite – odinioară, era nevoit să-şi decupeze încălţămintea pe părţile laterale ca să-i încapă picioarele.

„Trebuie să mai dau jos încă cincizeci de kilograme", a zis. Voia să fie în stare să meargă la lucru, să-şi ia nepoţii de la şcoală, să se ducă oriunde, fără să fie nevoit să se întrebe: „Or fi scări? Oi încăpea pe scaun? O să gâfâi?" Continua să mănânce cât o pasăre. Cu o zi în urmă, sărise peste micul dejun, prânzul constase doar într-o bucăţică de carne de pasăre, cu garnitură de morcovi fierţi şi un cartof copt, iar la cină

avusese un crevete la grătar, o fâşie de pui marinat teriyaki şi două îmbucături de Lo mein cu legume şi pui, de la un restaurant chinezesc. Îşi relua afacerea şi mi-a spus că fusese, recent, la o masă de lucru. Se deschisese un nou restaurant în Hyde Park – îl considera „minunat“ – şi nu se putuse abţine să nu comande un burger mare şi o farfurie de cartofi prăjiţi. N-a luat decât două înghiţituri din burger şi-a fost nevoit să se oprească. „Unul dintre cei cu care eram la masă mă-ntreabă: «Doar atât mănânci?» Şi-i răspund: «Nu pot să mănânc mai mult.» «Serios?» Zic: «Da, nu pot mai mult. Ăsta-i adevărul.»“

Am remarcat însă că modul în care vorbise despre mâncare era complet diferit de cel al Carlei. Îşi motivase gestul renunţării la continuarea mesei explicându-mi că *se văzuse obligat* să procedeze astfel, nu că aşa *voia*. Vrei să mai iei câteva înghiţituri, şi-a continuat explicaţia, dar „începi să ai senzaţia că o să ţi se reverse stomacul dacă mai iei o singură înghiţitură“. Şi totuşi Caselli o lua deseori. Era picătura care-i declanşa un şuvoi de simptome – greaţă, durere şi balonare exagerată, ce configurau tabloul caracteristic al aşa-numitului sindrom *dumping** – şi care-l determinau să vomite imediat. Dacă ar fi existat o modalitate ce i-ar fi oferit posibilitatea de-a mânca mai mult, ar fi apelat la ea fără ezitare. A recunoscut că simplul fapt că gândea aşa îl cam speria. „Nu-i corect“, mi-a zis.

Trei luni mai târziu, în aprilie, Vince m-a invitat să trec, împreună cu fiul meu, pe la garajul lui din East Dedham. Walker avea pe-atunci patru ani şi era fascinat de tot ceea ce însemna maşinărie. Aşa că, în prima sâmbătă când nu eram de gardă, ne-am dus. De îndată ce-am intrat pe terenul cu pietriş, Walker s-a arătat teribil de încântat. Garajul era întunecos,

---

* Golirea rapidă a conţinutului stomacului (n. tr.).

ca un hambar, avea o uşă dublă şi pereţi metalici, vopsiţi în galben. Era o dimineaţă de primăvară neobişnuit de călduroasă, dar înăuntru era răcoare. Paşii noştri răsunau pe podeaua de beton. Vince şi un coleg de-al lui, antreprenor de utilaj greu, pe care-l voi numi în continuare Danny, erau aşezaţi pe două scaune pliante de metal, într-un petic de soare, şi pufăiau în tihnă din câte-un trabuc din Honduras, bucurându-se de acea zi frumoasă. S-au ridicat amândoi să ne salute. Vince m-a prezentat ca „unul dintre doctorii care m-au operat la stomac", iar eu, la rându-mi, le-am făcut cunoştinţă cu Walker, care a dat mâna cu toată lumea, dar n-avea ochi decât pentru camioanele mari din jur. Vince l-a suit pe scaunul şoferului, într-un încărcător aflat într-un colţ al garajului, şi l-a lăsat să se joace cu maneta schimbătorului de viteze şi cu butoanele de comandă. Ne-am apropiat apoi de Gradall, camionul atât de îndrăgit de Vince – lat aproape cât o şosea, avea pictată o emblemă galbenă, roţile erau învelite în cauciucuri negre, lucioase, ce-mi ajungeau până la piept, iar părţile laterale erau inscripţionate cu numele companiei lui Vince. Pe şasiu, aflat la o distanţă de circa un metru şi optzeci de centimetri de la nivelul solului, erau amplasate o cabină cu pereţi de sticlă şi un braţ telescopic de macara fixat pe un suport pivotant ce permitea o rotaţie completă de trei sute şaizeci de grade. A ridicat cabina, iar Walker a stat o vreme la mare înălţime, privindu-ne de sus în timp ce nu mai prididea trăgând de manete, apăsând pe pedale, puţin ameţit şi speriat în acelaşi timp.

L-am întrebat pe Vince cum îi mergea afacerea. Nu prea bine, mi-a răspuns. Cu excepţia câtorva angajamente pentru colectarea zăpezii din oraş, pe care le avusese spre sfârşitul iernii, nu mai realizase nici un venit din luna august a anului trecut. Fusese nevoit să-şi vândă două dintre cele trei camionete, camionul Mack, precum şi cea mai mare parte a utilajelor

pentru construcţia de drumuri. I-a sărit în ajutor Danny, motivând: „N-a fost în activitate atâta vreme.“ „Şi, vedeţi, abia intrăm în sezonul de vară, iar afacerea noastră e sezonieră.“ Ştiam însă cu toţii că nu asta era problema.

Vince îmi spusese că avea acum cam o sută şaizeci de kilograme – cu circa cincisprezece kilograme mai puţin decât ultima dată când îl văzusem. Era foarte mândru de performanţa lui. „Nu mănâncă“, a intervenit Danny. „De fapt, abia mănâncă jumătate din ce mănânc eu.“ Cu toate acestea, Vince tot nu era în stare să urce în cabina Gradallului său şi să-l manevreze. Şi începuse să se întrebe dacă situaţia actuală avea să se mai schimbe vreodată. Ritmul în care pierdea din greutate era mai lent acum şi constatase că putea ingurgita o cantitate de alimente mai mare. Înainte, cu chiu cu vai reuşea să ia câteva înghiţituri dintr-un burger, în timp ce la ora actuală putea să termine cam jumătate din el. Şi tot se trezea că mânca mai mult decât ar fi putut. „Săptămâna trecută am avut ceva de lucru împreună cu Danny şi cu celălalt coleg“, îşi aducea aminte Vince. „Am cumpărat nişte mâncare chinezească. Sunt zile-n şir când nu mănânc ce trebuie – mă străduiesc să fac tot ce pot; atunci însă am depăşit puţin măsura. A trebuit să-l aduc pe Danny înapoi, la Boston College, dar abia ieşisem din parcare, că n-am mai rezistat. Era musai să vomit.“

„Îmi dau seama că mă întorc de unde-am plecat, că simt din nou nevoia permanentă să mănânc ceva“, a continuat Vince. Intestinul nu-i permitea nici acum să mănânce cât ar fi vrut, dar tot era îngrijorat. Dacă, totuşi, într-o bună zi, n-o să mai aibă asemenea oprelişti? A auzit că, la unii oameni care au făcut aceeaşi operaţie ca şi el, fie s-a desfăcut sutura, ceea ce a determinat revenirea stomacului la dimensiunile lui iniţiale, fie au reuşit, în diverse feluri, să pună la loc kilogramele pierdute.

Am încercat să-l liniştesc. I-am spus şi eu ceea ce ştiam că aflase deja de la dr. Randall, cu ocazia unui control recent: că este de aşteptat o uşoară creştere a capacităţii stomacale şi că, de aceea, problemele cu care se confrunta erau cât se poate de fireşti. Dar exista oare riscul ca lucrurile să se agraveze? Nu ştiam ce să zic.

Am stat de vorbă cu numeroşi pacienţi care au suferit o intervenţie chirurgicală de bypass gastric, dar experienţa trăită de unul dintre ei este şi-acum un semnal de alarmă şi un mister pentru mine. Avea patruzeci şi doi de ani, era însurat şi locuia împreună cu cele două fiice, ambele necăsătorite, fiecare cu câte un copil. Fusese şeful reţelei de calculatoare a unei mari companii locale. La vârsta de treizeci şi opt de ani a fost nevoit să solicite pensionarea pentru invaliditate, fiindcă greutatea lui corporală – ce atinsese, în perioada liceului, peste o sută cincizeci de kilograme – ajunsese să depăşească două sute douăzeci şi cinci de kilograme, provocându-i dureri de spate insuportabile. Rămânea deseori imobilizat la domiciliu. Nu era capabil să meargă pe jos nici până la jumătatea blocului în care locuia. Nu putea să stea în picioare decât pentru perioade de timp foarte scurte. Începuse să iasă din casă doar o dată pe săptămână, ceea ce se întâmpla, de obicei, doar în situaţiile în care trebuia să ajungă la doctor. În decembrie 1998 a fost supus unei operaţii de bypass gastric. Până în luna iunie a anului următor pierduse cincizeci de kilograme.

Apoi, după cum relata el însuşi, „Am început iarăşi să mănânc.“ Pizza. Cutii întregi de fursecuri. Pungi mari cu gogoşi. Îi era greu să spună exact cum anume ajunsese într-o asemenea situaţie. Stomacul lui era la fel de mic ca după operaţie şi nu putea stoca decât cantităţi infime de alimente, avea aceleaşi stări severe de vomă şi dureri cu care se confruntă toţi pacienţii cu bypass gastric ori de câte ori mănâncă

dulciuri sau alimente greu de digerat. Cu toate acestea, avea o poftă de mâncare fără precedent. „Mâncam şi când aveam dureri – nu mă opream nici când eram pe punctul de-a voma", mi-a spus. „Eliminând tot ce aveam în stomac, tocmai bine, se făcea loc. Mâncam pe tot parcursul zilei." Înghiţea câte ceva din oră-n oră. „Abia închideam uşa la dormitor, că începeau să ţipe copiii. Aşa plâng copiii. Soţia mea era la serviciu. Iar eu mâncam." A ajuns din nou la greutatea pe care o avusese în momentul efectuării operaţiei. Şi numărul de kilograme creştea în continuare. Intervenţia chirurgicală eşuase. Iar viaţa lui era complet subjugată apetitului.

Pacientul în cauză face parte din categoria celor 5–20% de persoane – în statisticile publicate până în prezent nu există un consens în privinţa cuantumului exact de asemenea cazuri – care pun la loc kilogramele pierdute în ciuda tratamentului de bypass gastric. (Când am vorbit cu el, tocmai apelase la o nouă intervenţie chirurgicală de acelaşi tip, dar mai drastică, fiindcă spera din tot sufletul să găsească o terapie care să dea, până la urmă, rezultatele dorite.) Cei care înregistrează eşec după eşec în astfel de privinţe încep să conştientizeze gravitatea situaţiei cu care se confruntă. O operaţie menită să transforme mâncatul în exces într-un act foarte dificil şi neplăcut – care, pentru 80% dintre pacienţi, reuşeşte să înfrângă forţa apetitului – riscă, uneori, să eşueze. Până la urmă, probabil că studiile viitoare vor ajunge să identifice măcar un singur factor de risc semnificativ pentru astfel de situaţii nedorite, care s-ar putea ivi, aparent, în cazul oricui.

L-am revăzut pe Vincent Caselli după mai multe luni. Venise iarna şi i-am dat un telefon ca să văd ce mai face. Mi-a spus că era bine şi n-am insistat să aflu detalii. Când mi-am exprimat dorinţa de-a ne reîntâlni însă, mi-a zis că s-ar bucura să mergem împreună la un meci al lui Boston Bruins. L-am ascultat cu atenţie. Poate chiar se simţea bine.

Câteva zile mai târziu a venit să mă ia de la spital. Era la volanul camionetei lui cu şase roţi. Pentru prima dată de când îl ştiu, părea de-a dreptul mic în acel Dodge Ram uriaş. Ajunsese la o greutate corporală de o sută cincizeci de kilograme. „Încă nu arăt ca Gregory Peck“, mi-a zis, dar făcea parte acum din categoria oamenilor obişnuiţi – a celor uşor plinuţi. Pliurile de sub bărbie dispăruseră. Faţa lui avea un contur bine definit. Şi, după aproape un an şi jumătate de la operaţie, continua să piardă în greutate. La FleetCenter, unde juca echipa lui favorită, Bruins, a urcat scara fără să mai gâfâie. Ne luaserăm biletele de la poartă – jucătorii de la Bruins îi aveau ca adversari pe cei de la Pittsburgh Penguins –, aşa că am folosit intrarea prevăzută cu bare rabatabile. După câţiva paşi, s-a oprit brusc. „Ia te uită“, a exclamat. „Am trecut fără nici o problemă. Înainte n-aş fi reuşit, orice-aş fi făcut.“ Nu mai participase la un astfel de eveniment sportiv de foarte mulţi ani.

Ne-am aşezat la o distanţă de circa douăzeci şi patru de rânduri mai sus de nivelul terenului de joc. Era bucuros să constate cât de în largul lui se simţea. Scaunele aveau dimensiunile celor dintr-un compartiment de tren de clasa a doua, dar lui Vince i se păreau comode. (Mie mi-era mai greu să-mi găsesc o poziţie confortabilă, fiindcă aveam picioarele prea lungi.) Vince era aici în elementul lui. Fusese toată viaţa un fan al jocului de hockey, aşa că putea să-mi ofere toate detaliile: golgheterul echipei Penguins, Garth Snow, era de prin partea locului, mai precis, din Wrentham, şi prieten cu vărul lui Vince; Joe Thornton şi Jason Allison erau cei mai valoroşi înaintaşi ai lui Bruins, însă nici unul dintre ei nu se putea compara cu Mario Lernieux de la Penguins. În tribune erau prezenţi vreo douăzeci de mii de spectatori, dar în mai puţin de zece minute, Vince a şi întâlnit un prieten de la frizerie, care stătea la o distanţă de numai câteva rânduri de noi.

Meciul a fost câştigat de Bruins, aşa că am plecat bine-dispuşi. Am luat apoi cina la un local situat în apropiere de spitalul meu. Vince mi-a spus că, în sfârşit, îşi relansase afacerea şi lucrurile mergeau bine. Putea să-şi conducă singur Gradallul, fără nici un fel de probleme, iar de trei luni încoace avusese de lucru permanent. Se gândea chiar să mai cumpere un nou model. Acasă, se mutase iarăşi la etaj. Fusese cu Teresa într-o scurtă vacanţă, în Adirondacks*; ieşeau seara în oraş şi îşi vizitau nepoţii.

L-am întrebat ce anume se schimbase între timp, de când nu ne mai văzuserăm. N-a putut să-mi răspundă foarte exact, dar mi-a dat un exemplu. „Îmi plăceau fursecurile italieneşti. Îmi plac şi-acum“, mi-a spus. Cu un an în urmă ar fi mâncat până în momentul când ar fi simţit că-i vine să vomite. „Acum însă, nu ştiu, mi se par prea… dulci. Mănânc unul, dar după o înghiţitură sau două, pur şi simplu, nu mai am chef.“ La fel se întâmplase şi cu pastele, cărora nu le putuse rezista niciodată. „Acum pot să gust doar, şi-mi ajunge.“

Se părea că, într-o oarecare măsură, i se schimbaseră preferinţele culinare. Mi-a arătat în meniu chipsurile tortilla Nacho, sau puii de baltă, ori hamburgerii şi mi-a spus că, spre surprinderea lui, nu mai simţea nevoia să guste din nici unul. „Cred că încep să mă axez pe proteine şi legume“, a zis şi a comandat o salată Caesar cu pui. Nu simţea nici nevoia să mai mănânce până la saturaţie. „Odinioară respingeam categoric ideea de-a lăsa ceva în farfurie“, mi-a spus. „Acum e, pur şi simplu, altfel.“ Dar când s-a întâmplat asta? Şi cum anume? A dat din cap, în semn că nu ştia: „Aş fi vrut să-ţi pot oferi nişte informaţii clare, precise.“ A făcut o pauză, ca să mai cugete asupra subiectului. „Dacă eşti om, te adaptezi la condiţii. Te gândeşti că nu poţi. Dar poţi.“

---

* Regiune montană întinsă, situată în nord-estul statului american New York (n. tr.).

La ora actuală, motivele de îngrijorare cu privire la problema obezității sunt generate nu de eșecul abordărilor ei chirurgicale, ci de succesul acestora. Multă vreme, chirurgia obezității a fost socotită un intrus în cercurile chirurgilor respectabili. Chirurgii bariatrici – așa se numesc specialiștii în chirurgia obezității – au avut de înfruntat, pe de-o parte, frecventele manifestări de scepticism cu privire la performanțele pe care le-ar putea înregistra un demers terapeutic așa de radical ca acela propus de ei, într-un domeniu în care atâtea alte variante de tratament eșuaseră, iar pe de altă parte, chiar opoziția fățișă față de ideea includerii, în programul conferințelor de resort importante, a unor prezentări ale rezultatelor obținute de ei. Simțeau mereu disprețul pe care-l afișau colegii de breaslă atât față de pacienții lor (care erau considerați indivizi cu probleme de ordin emoțional și, uneori, moral), cât și, adesea, chiar față de ei.

În prezent, situația s-a schimbat. American College of Surgeons (Colegiul American al Chirurgilor) a recunoscut statutul chirurgiei bariatrice, pe care a acceptat-o ca specialitate medicală de sine stătătoare. National Institutes of Health (Institutele Naționale ale Sănătății) au elaborat o declarație de consens ce atestă faptul că tratamentul chirurgical de bypass gastric este singura terapie eficientă pentru obezitatea morbidă, capabilă să determine atât pierderea în greutate pe termen lung, cât și ameliorarea stării de sănătate. Și majoritatea companiilor de asigurări au convenit asupra necesității acoperirii costurilor implicate de respectiva procedură.

Medicii și-au schimbat și ei atitudinea față de noua abordare terapeutică. În loc s-o mai denigreze, au început să le-o recomande călduros pacienților supraponderali cu probleme grave, uneori chiar implorându-i să efectueze operația de bypass gastric. Iar numărul unor astfel de cazuri nu este deloc neglijabil. În SUA, peste cinci milioane de adulți întrunesc

criteriile stricte de încadrare a lor în categoria persoanelor cu obezitate morbidă. („Indicele de masă corporală“ – adică raportul dintre greutatea corporală, exprimată în kilograme, şi pătratul valorii înălţimii, exprimată în metri – este, în cazul lor, de la patruzeci în sus, ceea ce, pentru un om obişnuit, se traduce printr-un exces ponderal de cel puţin cincizeci de kilograme.) Alte zece milioane de persoane au o greutate corporală imediat sub limita menţionată, dar au şi ele probleme de sănătate generate de obezitate care sunt suficient de grave ca să impună tratamentul chirurgical. La ora actuală, numărul anual al candidaţilor la terapia chirurgicală a obezităţii îl egalează pe cel al pacienţilor care au nevoie de un bypass cardiac. Procedura este solicitată de atât de mulţi pacienţi, încât specialiştii nu pot ţine pasul cu ritmul solicitărilor. American Society of Bariatric Surgery (Societatea Americană a Chirurgilor Bariatrici) are, la scară naţională, doar cinci sute de membri – chirurgi specializaţi în bypass gastric, ai căror pacienţi aşteaptă cu lunile să le vină rândul, în ordinea înscrierii pe lungile liste ale doctorilor. De aici, bine-cunoscutele neplăceri asociate cu noile tehnici chirurgicale, atât de profitabile (costul unei asemenea operaţii poate să ajungă la douăzeci de mii de dolari): printre nou-veniţii în branşă – din ce în ce mai mulţi – sunt şi medici care fie au un nivel corespunzător de pregătire, dar n-au acumulat experienţa necesară pentru a stăpâni toate secretele procedurii operatorii, fie nu sunt deloc specializaţi în domeniul respectiv. Complicând şi mai mult lucrurile, fiecare chirurg în parte introduce în protocolul standard o mulţime de variaţii, ale căror efecte n-au fost încă studiate în detaliu – „switch duodenal“, bypass jejunoileal, bypass laparoscopic. Iar mai mulţi chirurgi vizează abordarea unor noi segmente populaţionale, cum sunt, de pildă, cele ale adolescenţilor şi ale oamenilor care nu prezintă decât o formă moderată de obezitate.

Poate că aspectul cel mai îngrijorător al fenomenului de creştere vertiginoasă a popularităţii procedurilor chirurgicale de bypass gastric îl constituie, pur şi simplu, contextul social care l-a generat. În cultura noastră supraponderalitatea este percepută ca un echivalent al eşecului, iar perspectivele obţinerii-rapide-a-unei-siluete-de-vis – indiferent de riscurile implicate – pot exercita o atracţie irezistibilă. Poate că medicii recomandă operaţia din grijă pentru sănătatea pacienţilor, însă este evident faptul că motivul principal care-i îndeamnă pe oameni să apeleze la tratamentul chirurgical îl constituie stigmatul obezităţii. „Cum poţi accepta să arăţi aşa?“ este adesea reacţia dezaprobatoare a societăţii – de cele mai multe ori, nu este exprimată verbal, dar câteodată se întâmplă să fie. (Caselli mi-a povestit cum îl opreau străinii pe stradă, punându-i exact o astfel de întrebare.) Femeile sunt afectate într-o măsură şi mai mare decât bărbaţii de atitudinea şfichiuitoare a societăţii, aşa că nu este o pură întâmplare faptul că numărul celor care s-au operat îl depăşeşte de şapte ori pe cel al bărbaţilor – în condiţiile în care probabilitatea apariţiei obezităţii la femei reprezintă doar a opta parte din cea estimată în rândul bărbaţilor.

Într-adevăr, dacă întruneşti criteriile care te înscriu pe lista candidaţilor la un astfel de tratament şi hotărăşti că nu vrei să te operezi, o asemenea decizie riscă să fie considerată lipsită de raţiune. O femeie cu o greutate corporală de o sută şaptezeci şi cinci de kilograme, care nu a acceptat ideea intervenţiei chirurgicale, mi-a spus că doctorii au început s-o terorizeze când au auzit ce decizie luase. Şi am mai aflat de cel puţin un pacient care suferea de o afecţiune cardiacă şi pe care medicul a refuzat să-l trateze, condiţionându-l să efectueze, mai întâi, un bypass gastric. Unii doctori le spun pacienţilor fără menajamente: „Dacă nu te operezi, o să mori.“ Când, de fapt, nimeni nu ştie care este realitatea. În ciuda succeselor

uimitoare ale tratamentului chirurgical, atât în ceea ce privește greutatea corporală, cât și starea de sănătate a persoanelor respective, studiile nu au demonstrat încă o corelație între eficiența terapeutică și reducerea mortalității.

Sunt perfect justificate temerile legate de efectuarea unei astfel de proceduri. Paul Ernsberger, cercetător în domeniul obezității la Case Western Reserve University, m-a atenționat asupra faptului că mulți dintre pacienții supuși bypassului gastric fac parte din categoria tinerilor cu vârste cuprinse între douăzeci și treizeci de ani. „Dar operația va fi oare la fel de eficientă și de utilă și în cazul indivizilor din grupa de vârstă a celor de peste patruzeci de ani?“ se întreba el. „Nimeni nu știe.“ Îl îngrijorau posibilele efecte pe termen lung ale deficiențelor nutriționale (motiv pentru care pacienților li se recomandă să ia zilnic multivitamine), ca și perspectiva creșterii riscului de cancer intestinal, așa cum indicau rezultatele experimentelor efectuate pe șoareci de laborator.

Ne dorim ca progresele obținute în sfera medicinii să fie clare și lipsite de echivoc, ceea ce, desigur, se întâmplă doar arareori. Fiecare nou tratament are propriile sale necunoscute – atât pentru pacienți, cât și pentru societate – și luarea unei decizii adecvate se dovedește a fi adesea foarte dificilă. Poate se va demonstra că obezitatea răspunde și la un tratament chirurgical mai puțin radical. Poate că se va descoperi atât de îndelung căutata pilulă pentru inducerea stării de sațietate. Cert este că, în acest moment, avem la dispoziție o procedură care dă rezultate, iar aceea este bypassul gastric. N-au fost găsite răspunsurile la toate întrebările pe care le ridică o asemenea abordare, dar implicațiile ei au fost temeinic analizate în cadrul unui lung șir de studii, realizate pe parcursul a peste zece ani. Așa că mergem înainte cu pași siguri. Spitalele de pretutindeni își înființează centre de chirurgie bariatrică, comandă mese de operație speciale pentru pacienții

supraponderali, organizează programe de pregătire a chirurgilor şi a personalului sanitar în vederea tratamentului obezităţii. În acelaşi timp, toată lumea speră că, într-o bună zi, va fi descoperită o formulă nouă, mai bună, care va arăta că tehnica utilizată de noi în prezent este depăşită.

În faţa mea, la masă, Vince Caselli şi-a împins deoparte castronul cu salată Caesar cu pui, din care mâncase doar jumătate. „Nu-mi mai place“, mi-a zis, iar glasul lui exprima bucurie şi recunoştinţă. Nu regreta că făcuse operaţia. Mi-a spus că îi redase viaţa. Dar după un nou rând de băuturi şi pe măsură ce trecea timpul, se vedea că Vince nu se simţea deloc în largul lui.

„Am avut o problemă gravă şi a trebuit să iau măsuri serioase“, mi-a spus. „Cred că am avut parte de cea mai bună tehnologie existentă în acest moment. Dar recunosc că mi-e teamă. Oare efectul operaţiei o să dureze toată viaţa? Oare într-o zi o să mă-ntorc de unde-am pornit – sau mai rău?“ A rămas pe gânduri o vreme, cu ochii aţintiţi spre paharul din faţa sa. Şi-a ridicat apoi privirea spre mine, fără nici cea mai mică urmă de îngrijorare. „Ei, astea sunt cărţile pe care mi le-a hărăzit Dumnezeu. Nu pot să-mi fac griji pentru chestiuni pe care nu le pot controla.“

Partea a III-a
INCERTITUDINI

Incizia finală

Ţi-a murit pacientul; s-a adunat întreaga familie. Şi tot ce mai aveţi de făcut este să aduceţi în discuţie problema autopsiei. Cum ar trebui să procedaţi? Aţi putea să arboraţi un ton degajat, de parcă ar fi vorba despre cel mai firesc lucru din lume: „Ei, atunci facem o autopsie?“ Sau puteţi adopta atitudinea fermă şi vocea sergentului Joe Friday*: „Dacă nu aveţi obiecţii serioase, vom fi obligaţi să efectuăm o autopsie, doamnă.“ Sau puteţi să vă eschivaţi: „Îmi pare rău, dar mi se cere să vă întreb: Doriţi să se facă o autopsie?“

În zilele noastre nu poţi să fii evaziv într-o astfel de privinţă. Odată am avut în îngrijire o pacientă de optzeci şi ceva de ani care renunţase la carnetul ei auto, dar ironia sorţii a făcut să fie lovită de o maşină – condusă de o persoană şi mai în vârstă – în timp ce se îndrepta spre staţia de autobuz. Accidentul se soldase cu fractură craniană şi hemoragie cerebrală; a fost operată, dar a murit câteva zile mai târziu. Aşadar, în acea după-amiază de primăvară, după ce pacienta şi-a dat ultima suflare, am rămas în picioare lângă patul ei şi mi-am plecat capul, alături de familia înlăcrimată. Am spus apoi, pe tonul cel mai delicat posibil, fără să pronunţ terifiantul

---

* Detectivul sergent Joe Friday este un personaj din serialul de radio (1949–56) şi televiziune (1951–59 şi 1967–70) *Dragnet*, interpretat de actorul, producătorul TV şi scriitorul american Jack Webb (n. tr.).

cuvânt: „Am dori să efectuăm un examen, pentru confirmarea cauzei decesului, dacă nu aveţi nimic împotrivă."

„O *autopsie*?" a întrebat, îngrozit, un nepot. M-a privit de parcă aş fi fost o pasăre de pradă rotindu-se deasupra corpului neînsufleţit al mătuşii lui. „Nu-i de-ajuns cât a suferit până acum?"

În prezent, autopsia are un statut destul de precar. Cu o generaţie în urmă era o procedură de rutină; acum, a devenit o raritate. Oamenii n-au acceptat niciodată fără rezerve ideea ca, după moarte, trupul să le fie disecat. Şi nici chirurgii nu sunt străini de sentimentul violării.

Am asistat, nu demult, la disecţia cadavrului unei femei pe care o avusesem în tratament şi care decedase, la vârsta de treizeci şi opt de ani, în urma unei istovitoare bătălii cu boala de inimă. Sala de disecţii era situată la subsol, dincolo de spălătorie şi de un spaţiu de depozitare, în spatele unei uşi din metal pe care nu era scris nimic. Era înaltă, cu pereţii scorojiţi, iar podeaua, acoperită cu gresie maronie, cobora în pantă către o scurgere centrală. Spaţiul de lucru avea montat un arzător Bunsen şi un cântar de modă veche, de tipul celor folosite în băcănii – cu scală rotundă, ca un cadran de ceas, ac indicator roşu în formă de săgeată şi prevăzut dedesubt cu o platrformă rotundă pentru cântărirea organelor. Pe rafturile amplasate pe toţi pereţii încăperii erau aşezate recipiente de tip Tupperware care conţineau porţiuni de creier, intestin sau alte organe stocate în formol. Tot acel loc avea un aer rudimentar, ponosit, chiar ieşit din uz. Pe o masă metalică mobilă cam şubredă, situată într-un colţ al sălii, era expus trupul dezgolit al pacientei mele. Echipa de cadre medicale care se ocupa de autopsie tocmai îşi începuse activitatea.

Procedurile utilizate în chirurgie creează uneori un sentiment de repulsie, dar disecţiile sunt într-o oarecare măsură şi mai respingătoare. Până şi în cele mai şocante operaţii – grefe

de piele, amputarea unor membre – specialiştii păstrează o notă de delicateţe şi de rafinament faţă de propria lor activitate. Ştim că în trupurile pe care le tăiem pulsează viaţa unor oameni care se vor trezi din nou. Dar în sala de disecţii, unde persoana ce însufleţea corpul din faţa ta nu mai există, dispare acea delicateţe firească a actului operator, iar diferenţa dintre cele două abordări transpare în cele mai mici detalii. Mă refer, de pildă, la simpla manevră de transferare a unui trup de pe targa mobilă pe masă. În sala de operaţie aplicăm o procedură minuţioasă pentru manipularea unui pacient aflat în stare de inconştienţă, mişcările implicate de mutarea lui de pe targa mobilă pe masa de operaţie fiind foarte blânde. Nu vrem să se-aleagă nici măcar cu o vânătaie cât de mică. Aici, la subsol, în schimb, cineva a înşfăcat braţul pacientei mele, altcineva a apucat-o de un picior şi-au tras, pur şi simplu. Când pielea s-a desfăcut pe suprafaţa de oţel a mesei, a trebuit să aplice, cu furtunul, un jet de lichid, ca să poată manevra mai uşor ceea ce mai rămăsese de disecat.

Tânăra doctoriţă anatomopatolog desemnată să se ocupe de caz stătea pe margine şi şi-a lăsat asistenta să ia bisturiul. Ca mulţi alţii dintre colegii ei de breaslă, nu autopsiile o atrăseseră spre acest domeniu, ci specificul activităţii de cercetare ce avea ca obiect de studiu ţesuturile umane ale pacienţilor în viaţă. A fost bucuroasă să-şi lase asistenta să se ocupe de disecţie, fiindcă oricum aceasta avea mai multă experienţă decât ea.

Asistenta era o femeie înaltă, suplă, în vârstă de vreo treizeci de ani, cu un păr drept, şaten deschis. Purta echipamentul de protecţie compus din mască pentru faţă şi gât, mănuşi şi halat de plastic albastru. Îndată ce cadavrul a fost pus pe masă, i-a amplasat în regiunea dintre omoplaţi un suport metalic de circa 15 cm, ca să menţină capul pe spate şi toracele arcuit în sus. A luat apoi în mână un bisturiu cu o lamă mare, nr. 6,

şi a efectuat o incizie uriaşă, în formă de Y, care cobora în diagonală, dinspre ambii umeri, curbându-se uşor în zona sânilor, înainte de-a atinge linia mediană a corpului, şi continuându-şi traseul descendent de-a lungul abdomenului, spre pubis.

Pentru chirurgi, deschiderea corpului omenesc devine o obişnuinţă. E uşor să te detaşezi de persoana aflată pe masă şi să te concentrezi exclusiv asupra detaliilor tehnice şi anatomice. Cu toate acestea, privind-o pe asistentă lucrând, n-am putut să-mi reţin o tresărire: ţinea bisturiul ca pe un stilou, care o determina să taie încet şi neglijent cu vârful lamei. Chirurgii sunt învăţaţi ca atunci când fac o incizie să stea în poziţie verticală, paralel cu direcţia de tăiere, să ţină bisturiul între degetul mare şi celelalte patru degete, aidoma arcuşului unei viori, şi să pătrundă în piele cu partea curbată a lamei, printr-o singură tăietură transversală, continuă, exact până la nivelul dorit. Asistenta părea că-şi croieşte drumul cu fierăstrăul prin corpul pacientei mele.

Din acel moment, eviscerarea decurge foarte rapid. Asistenta a retractat segmentele de piele desfăcute. Cu ajutorul unui fierăstrău electric a practicat o tăietură verticală, de-o parte şi de alta a coastelor. A ridicat apoi cutia toracică, de parcă ar fi fost capota unei maşini, a deschis cavitatea abdominală şi a scos toate organele importante – inima, plămânii, ficatul, intestinele şi rinichii. A urmat secţionarea craniului şi extragerea creierului. În tot acest răstimp, doctoriţa anotomopatolog stătea la o masă din fundul sălii, unde cântărea şi examina toate componentele prelevate, după care pregătea din fiecare probe ce urmau a fi supuse testelor microscopice şi altor tipuri de analize minuţioase.

Corpul pacientei nu lăsa câtuşi de puţin impresia că ar fi fost răvăşit de atâtea proceduri traumatizante. Urmând protocolul obişnuit, asistenta a menţinut incizia cutiei craniene în spatele urechilor femeii, unde era complet ascunsă sub

păr. Avusese grijă, de asemenea, să-i închidă perfect toracele şi abdomenul, suturând strâns marginile inciziei. Pacienta mea arăta aproape la fel ca înainte, doar că acum, partea mediană a corpului era uşor căzută. (Conform prevederilor standard agreate, spitalului îi este permis să-şi păstreze organele prelevate prin disecţie pentru testare şi cercetare. În Marea Britanie, o asemenea practică, atât de frecvent şi de îndelungat utilizată, a provocat controverse puternice – mass-media a numit-o chiar „furt de organe"; în America însă, ea continuă să fie acceptată aproape în unanimitate.) De altfel, majoritatea familiilor organizează şi în prezent, după autopsie, funeralii în cadrul cărora capacul coşciugului este deschis. Cei care se ocupă de îmbălsămare utilizează materiale care, odată injectate în corpul persoanei decedate, îi redau forma iniţială cu o precizie atât de mare, încât, dacă nu ştii, nu ai cum să bănuieşti că a fost supus unei autopsii.

Cu toate acestea, când soseşte timpul să ceri acordul familiei cu privire la prelevarea organelor, gândul la o atare perspectivă devine foarte apăsător în mintea oricui, iar medicul nu face nici el excepţie. Te străduieşti din răsputeri să adopţi o atitudine rece, detaşată faţă de asemenea chestiuni. Dar îndoielile îşi croiesc nestingherite drumul.

Unul dintre primii pacienţi în cazul căruia se presupunea că voi solicita efectuarea unei autopsii era un medic pensionar din New England, în vârstă de şaptezeci şi cinci de ani, care a murit, în prezenţa mea, într-o noapte de iarnă. Herodotus Sykes (numele nu este cel adevărat, dar rezonanţa lui nu diferă radical de cea reală) fusese zorit să apeleze la îngrijirile spitaliceşti de un anevrism aortic abdominal infectat, care se rupsese şi impusese practicarea unei intervenţii chirurgicale de urgenţă. A supravieţuit operaţiei şi începuse să se recupereze treptat, până când, optsprezece zile mai târziu,

a prezentat o scădere alarmantă a tensiunii arteriale, iar abdomenul i-a fost invadat de sângele care se scurgea dintr-un tub de drenaj. „Mai mult ca sigur că a cedat sutura“, a spus chirurgul. Foarte probabil, infecţia reziduală a slăbit sutura. L-am fi putut opera din nou, dar şansele de supravieţuire erau minime, iar medicul care efectuase intervenţia era de părere că nici pacientul n-ar mai fi fost dispus să se supună unei a doua încercări.

A avut dreptate. „Nu mai vreau altă operaţie“, mi-a zis Sykes. Suferise destul. I-am telefonat doamnei Sykes, care stătea cu o prietenă şi dat fiind faptul că locuinţa acesteia se afla la o distanţă de circa două ore de spital, a şi pornit la drum.

Era aproape miezul nopţii. Am rămas lângă el tot timpul – stătea întins, tăcut, sângerând, cu braţele vlăguite pe lângă trup, dar fără urmă de teamă în priviri. Mi-o imaginam pe soţia lui, zdrobită de durere, pierdută, şofând pe una din cele şase benzi, aproape necirculate la acea oră din noapte, ale autostrăzii Mass Pike, ce părea că nu se mai sfârşeşte.

Sykes rezista, iar la 2:15 a.m. i-a sosit soţia. I-a pierit sângele din obraji când a dat cu ochii de el, dar şi-a ţinut cumpătul. I-a strâns uşor mâna, iar el i-a răspuns cu acelaşi gest blând. I-am lăsat singuri.

Am fost chemat de asistentă la două şi patruzeci şi cinci de minute. Am făcut o evaluare cu ajutorul stetoscopului, apoi m-am întors spre doamna Sykes şi am înştiinţat-o că soţul ei murise. Avea, ca şi el, acea autocenzură tipic nord-americană; a izbucnit însă într-un plâns tăcut, înăbuşindu-şi suspinele cu palmele… părea, dintr-odată, atât de fragilă şi de măruntă. A apărut curând şi prietena care o însoţise – a luat-o de braţ şi a condus-o afară.

Uzanţele profesionale ne impun să solicităm autopsia fiecărui pacient decedat, ca o modalitate de confirmare a cauzei morţii şi de detectare a greşelilor pe care le-am comis. Iar

acum venise şi pentru mine momentul să adresez o astfel de întrebare – soţiei deznădăjduite, care nu-şi revenise din şoc. Dar în cazul de faţă, desigur, am început să mă gândesc, autopsia ar fi complet lipsită de sens. Ştiam ce se întâmplase – o infecţie persistentă, o ruptură de anevrism. Aveam certitudinea că aşa stătuseră lucrurile. Ce s-ar fi rezolvat dacă am fi ciopârţit omul?

Aşa că am lăsat-o pe doamna Sykes să plece. Aş fi putut s-o ajung din urmă în timp ce se îndrepta spre ieşire. Sau chiar să-i fi telefonat mai târziu. N-am făcut-o însă niciodată.

Se pare că majoritatea medicilor gândesc aşa. În ultimii ani sunt solicitate atât de puţine autopsii, încât publicaţia de profil *Journal of the American Medical Association* (*JAMA*) a simţit nevoia, în două rânduri, să declare „război non-autopsiei". Conform celor mai recente statistici disponibile, procedura respectivă a fost efectuată în mai puţin de 10% din numărul total al cazurilor de deces; multe spitale nu o mai practică deloc. Situaţia reflectă o schimbare radicală de optică. În secolul XX, doctorii obişnuiau să solicite efectuarea autopsiei în majoritatea cazurilor de deces – şi s-a ajuns aici abia după multe sute de ani. Aşa cum relatează Kenneth Iserson în fascinantul său almanah, *Death to Dust*, medicii fac autopsii de peste două milenii. Practicarea lor de-a lungul istoriei a fost însă sporadică, fiind dictată de lege, în general (dacă şi numai dacă era permisă de religie – cea islamică, cea şintoistă şi Biserica Ortodoxă greacă o dezaprobă şi în prezent). Doctorul roman Antistius a realizat, în anul 44 î. Cr., în vremea domniei lui Iulius Caesar, unul dintre cele dintâi examene medico-legale consemnate de istorie, ce descria douăzeci şi trei de plăgi, dintre care una fatală, la nivelul toracelui, provocată prin înjunghiere. În anul 1410, Biserica Catolică însăşi a solicitat autopsia Papei Alexandru al V-lea, pentru a stabili

dacă fusese sau nu otrăvit de succesorul său. Nu a fost găsită nici o probă incriminatoare.

Totuşi, prima autopsie executată în Lumea Nouă a avut raţiuni religioase. Ea s-a efectuat în 19 iulie 1533 pe insula Española (azi Republica Dominicană), asupra unui cuplu de siamezi uniţi la nivelul toracelui, pentru a afla dacă aveau un suflet sau două. Gemenii se născuseră vii, iar preotul îi botezase ca pe două suflete separate. A urmat însă o dispută privitoare la dreptul său de a proceda astfel, iar când „dublul monstru" a murit la vârsta de opt zile, s-a poruncit executarea unei autopsii pentru tranşarea disputei. Chirurgul, un anume Johan Camacho, a găsit două seturi de organe interne aparent complete, aşa că s-a hotărât că fuseseră două suflete.

Nici chiar în secolul al XIX-lea însă, când constrângerile bisericii slăbiseră de mult în intensitate, occidentalii nu le permiteau decât rareori doctorilor să efectueze autopsia vreunuia dintre membrii familiei lor în scopuri medicale. În consecinţă, procedura avea, de cele mai multe ori, un caracter clandestin. Unii doctori devansau cursul legal şi efectuau autopsia pacienţilor decedaţi în spital îndată după deces, înainte de sosirea rudelor, care ar fi putut avea obiecţii. Alţii aşteptau până după înmormântare, când jefuiau mormintele, fie personal, fie cu ajutorul unor complici, o asemenea practică fiind întâlnită chiar şi în secolul XX. Pentru a stăvili fenomenul, unele familii angajau, pe timpul nopţii, paznici care să vegheze la poarta cimitirului – de atunci s-a încetăţenit termenul „tură de noapte". Alţii puneau pietre mari şi grele pe coşciuge. În anul 1878, o companie din Columbus, Ohio, s-a gândit chiar să vândă „coşciuge torpilă", echipate cu bombe artizanale prevăzute a exploda dacă erau profanate. Cu toate acestea, doctorii nu s-au descurajat. *Devil's Dictionary* (*Dicţionarul Diavolului*), realizat de Ambrose Bierce şi publicat în 1906, definea termenul „mormânt" prin „loc

în care sunt aşezaţi morţii ca să aştepte sosirea studentului la medicină".

În perioada cuprinsă între anii 1890 şi 1910 însă, mai mulţi medici de vază, precum Rudolf Virchow din Berlin, Karl Rokitansky din Viena şi William Osler din Baltimore, au început să câştige sprijinul publicului în ceea ce priveşte practicarea autopsiei. Pentru a-şi pleda cauza, ei au arătat că procedura era un instrument al progresului, a cărui utilizare permitea identificarea cauzei apariţiei tuberculozei, indica abordarea terapeutică a apendicitei şi stabilea existenţa bolii Alzheimer. Ei au mai susţinut faptul că autopsiile preveneau riscul producerii unor erori – că, în lipsa lor, medicii nu aveau cum să ştie dacă diagnosticul pus de ei fusese sau nu incorect. Pe atunci, majoritatea deceselor erau învăluite în mister, şi poate că argumentul cel mai convingător în favoarea practicării lor îl constituia ideea că autopsia putea oferi nişte răspunsuri membrilor familiei – lămurind, astfel, finalul poveştii trăite de persoana dragă, dispărută dintre ei. Din momentul în care disecţiile practicate în spital au început să garanteze respectarea demnităţii umane, publicul şi-a schimbat opinia. Cu timpul, doctorii care nu obţineau acordul efectuării autopsiei erau priviţi cu suspiciune. Odată cu sfârşitul celui de-al Doilea Război Mondial, procedura căpătase, în Europa şi America de Nord, un statut clar, practicarea ei în cazul decesului unui pacient devenind obligatorie.

Aşadar, cum se explică declinul ei actual? Nu este vorba de refuzul familiilor – conform studiilor recente, ele permit şi în prezent, în optzeci la sută dintre situaţiile analizate, efectuarea necropsiei. Medicii, al căror entuziasm faţă de procedura în speţă era, odinioară, atât de mare încât ajungeau să fure cadavrele, pur şi simplu nu mai întreabă dacă li se permite s-o realizeze. Pentru a justifica o asemenea atitudine, unii invocă motive ambigue. S-a afirmat fie că spitalele încearcă

să facă economie evitând practicarea autopsiilor, din moment ce agenţii de asigurări nu le decontează, fie că doctorii le evită ca să muşamalizeze probele ce ar putea dovedi comiterea unei erori medicale. Cu toate acestea, chiar şi când erau foarte populare, autopsiile implicau cheltuieli şi dezvăluiau malpraxisul.

Bănuiesc, în schimb, că aplombul medicinei secolului XXI este ceea ce descurajează autopsiile. Faptul că n-am reuşit s-o întreb pe doamna Sykes dacă ne permite să efectuăm autopsia soţului ei n-a fost determinat nici de gândul la cheltuielile pe care le-ar fi implicat procedura, nici de teama că aceasta ar fi scos la iveală o eroare medicală. Dimpotrivă: n-am avut, practic, nici un motiv să iau în calcul probabilitatea identificării unei greşeli. Astăzi avem la dispoziţie tehnici de diagnosticare şi tratament ce folosesc rezonanţa magnetică nucleară (RMN), ultrasunetele ori izotopii radioactivi (aşa-numita medicină nucleară), teste moleculare şi multe alte alternative. Când moare cineva, ştim care a fost cauza. Nu avem nevoie de autopsie ca s-o descoperim.

Cel puţin, aşa credeam atunci. Am avut însă un pacient care m-a făcut să-mi schimb punctul de vedere.

E vorba de un fost inginer, care îşi descoperise la vârsta pensionării talentul artistic. Avea şaizeci şi ceva de ani, purta barbă şi era foarte jovial. Îl voi numi domnul Jolly*, fiindcă chiar aşa era. Şi mai era ceea ce numim, în limbaj medical, vasculopat – părea că în organismul lui nu mai exista nici o arteră neafectată. Dieta, zestrea genetică sau faptul că fumase îi prilejuiseră, în ultimii zece ani, un atac de cord, două episoade de reparare chirurgicală a unui anevrism abdominal aortic, patru operaţii de bypass menite să deblocheze circulaţia sângelui la nivelul arterelor membrelor inferioare şi mai

---

* *Jolly* înseamnă jovial, vesel, optimist (n. tr.).

multe proceduri chirurgicale de dilatare a vaselor cu balon, pentru menţinerea deschisă a arterelor rigidizate. În pofida atâtor probleme, n-am observat niciodată la el măcar o umbră de pesimism. „Ei, nu poţi să cazi în deznădejde“, obişnuia să spună. Avea copii minunaţi. Şi nepoţi frumoşi. „Dar, offf, soţia“, adăuga, uitându-se la soţia lui, care şedea lângă pat – ea îşi rotea ochii în toate direcţiile, iar faţa lui se lumina de un zâmbet larg.

Domnul Jolly venise la spital pentru tratamentul unor plăgi infectate la picioare. La scurt timp după internare însă, a apărut o insuficienţă cardiacă congestivă, ce a determinat acumulare de lichid în plămâni. Îi era din ce în ce mai greu să respire, aşa că am fost nevoiţi să-l internăm la terapie intensivă, unde l-am intubat şi l-am conectat la ventilator. De la două zile, cum era prevăzut iniţial, spitalizarea s-a prelungit la două săptămâni. Tratamentul cu diuretice şi schimbarea medicaţiei cardiace au determinat, în final, reabilitarea funcţiilor inimii şi plămânilor. Şi, într-o dimineaţă însorită de duminică, stătea lungit în pat, respirând singur şi urmărind programul matinal pe monitorul televizorului suspendat din camera de spital. „Sunteţi foarte bine“, i-am spus, adăugând că după-amiază îl vom transfera de la terapie intensivă. Probabil că în două zile va fi din nou acasă.

Două ore mai târziu, staţia de alertare emitea un semnal de stop cardiopulmonar. Când am ajuns la terapie intensivă şi am văzut-o pe asistentă aplecată peste domnul Jolly pentru a-i efectua masaj cardiac extern, m-am necăjit atât de tare, încât mi-a scăpat o înjurătură. Se simţea bine, mi-a explicat asistenta, se uita la televizor, când, deodată, s-a ridicat în şezut, cu un aer şocat, după care s-a prăbuşit înapoi, pe spate, inert. La început era în asistolă – absenţa ritmului cardiac pe monitor; apoi, ritmul a reapărut, dar nu avea puls. Au fost mobilizaţi o mulţime de oameni. L-am intubat, i-am administrat

fluide şi epinefrină, am rugat pe cineva să-l cheme de acasă pe chirurgul curant şi pe altcineva să verifice rezultatele analizelor de laborator efectuate de dimineaţă. Un operator de la imagistică a adus un aparat cu raze X portabil şi i-a făcut pe loc o radiografie toracică.

Evaluam în minte toate cauzele posibile. Nu erau multe. Poate un colaps respirator, dar sunetele percepute de stetoscopul meu erau normale, iar radiografia era în regulă. Sau o pierdere de sânge masivă, însă abdomenul nu-şi mărise volumul, iar declinul a survenit atât de rapid, încât ipoteza unei hemoragii chiar nu avea nici un sens. Starea lui s-ar fi putut datora unei creşteri foarte mari a acidităţii sângelui, dar testele biochimice nu arătau aşa ceva. Şi mai putea fi vorba de tamponada cardiacă – oprirea inimii prin prezenţa unei mari cantităţi de sânge în pericard. Am montat la o seringă un ac pentru puncţie lombară lung de cincisprezece centimetri, l-am introdus în piele sub osul stern şi l-am direcţionat spre cavitatea pericardică. N-am detectat nici urmă de hemoragie. Rămânea, aşadar, o singură posibilitate: cea a emboliei pulmonare – formarea unui embol (cheag de sânge) ce migrează în plămân şi blochează instantaneu întregul flux sangvin. Iar în astfel de cazuri nu există soluţii.

Am ieşit afară ca să vorbesc la telefon mai întâi cu chirurgul curant şi, ulterior, cu rezidentul-şef, care tocmai sosise. Au fost cu toţii de acord că o embolie era singura explicaţie logică. M-am întors în cameră şi am oprit codul. „Ora decesului: 10:23 a.m.“, am anunţat. I-am telefonat soţiei lui, i-am spus că lucrurile luaseră o întorsătură foarte proastă şi am rugat-o să vină la spital.

Nu trebuia să se întâmple aşa ceva; eram sigur de asta. M-am uitat peste fişele medicale ca să depistez vreun indiciu. În cele din urmă, am găsit unul. O analiză efectuată în ziua precedentă releva probabilitatea ca procesul de coagulare să

aibă un ritm mai lent decât normal – nu era ceva grav, dar un medic de la secţia de terapie intensivă decisese să-i dea pacientului vitamina K, pentru corectarea deficienţei. O complicaţie frecventă a tratamentului cu vitamina K o constituie apariţia cheagurilor de sânge. M-am înfuriat. Administrarea vitaminei fusese complet inutilă – neurmărind decât să readucă în limite normale valoarea unui parametru de laborator. M-am dus, împreună cu rezidentul-şef, peste medicul în cauză. N-a lipsit decât să-l acuzăm de uciderea pacientului.

Când a sosit doamna Jolly, am dus-o într-o cameră destinată discuţiilor cu membrii familiei bolnavilor, unde domnea o atmosferă liniştită şi calmă. Privind-o, mi-am dat seama după expresia feţei că se aştepta la tot ce era mai rău. I-am explicat că inima lui încetase brusc să mai bată datorită unei embolii pulmonare. I-am spus că e posibil ca medicamentele pe care i le-am administrat să fi contribuit la producerea complicaţiei. Am condus-o lângă patul lui şi am lăsat-o acolo. A ieşit după o vreme, cu mâinile tremurând şi faţa înecată în lacrimi. Apoi, spre surprinderea noastră, ne-a mulţumit. Ne-a spus că reuşisem să-l ţinem lângă ea toţi aceşti ani. Poate că aşa era, dar, gândindu-ne la ceea ce se întâmplase, nici unul dintre noi nu simţea nici cea mai vagă urmă de mândrie.

I-am pus întrebarea standard. I-am zis că voiam să efectuăm o autopsie şi că aveam nevoie de acordul ei. După părerea noastră, ştiam ce se întâmplase, dar o autopsie ne-ar confirma ipoteza, am adăugat. A rămas câteva clipe pe gânduri. Dacă procedura respectivă ne-ar ajuta, a rostit în cele din urmă, atunci puteam s-o aplicăm. I-am zis, aşa cum o cereau uzanţele, că ne-ar fi de folos. Nu aveam deloc certitudinea că eram şi convins de spusele mele.

A doua zi dimineaţă nu aveam în program nici o intervenţie în sala de operaţie, aşa că am coborât la subsol ca să asist la autopsie. Când am ajuns, domnul Jolly era deja pregătit

pe masa de disecţie, cu braţele desfăcute, pielea retractată, toracele expus şi abdomenul deschis. M-am echipat cu halat, mănuşi, mască şi m-am apropiat. Asistentul tocmai se apucase să-şi croiască drum, cu fierăstrăul electric, prin zona costală stângă, când a ieşit la iveală sângele închis la culoare şi vâscos, aidoma petrolului adus la suprafaţă de pompe. Nedumerit, l-am ajutat să deschidă cuşca toracică. Partea stângă era plină de sânge. Am palpat arterele pulmonare ca să identific vreun cheag sangvin rezistent, embolizat, dar nici urmă de aşa ceva. De fapt, nu avusese embolie. Am aspirat trei litri de sânge, am ridicat plămânul stâng şi am găsit răspunsul. Aorta toracică era de aproape trei ori mai lată decât normal şi avea un orificiu de circa un centimetru şi jumătate. Omului i se rupsese un anevrism aortic, care-i provocase, aproape instantaneu, o hemoragie fatală.

Zilele următoare, i-am cerut scuze doctorului căruia îi făcusem scandalul cu vitamina şi m-am gândit foarte serios cum de-am fost capabili să ratăm diagnosticul. Am examinat din nou radiografiile mai vechi ale pacientului şi, de data asta, am observat un contur umbrit a ceea ce trebuie să fi fost anevrismul. Dar nu-l sesizase nici unul dintre noi, nici măcar radiologul. Şi chiar dacă l-ar fi remarcat, n-am fi îndrăznit să ne ocupăm de el decât după mai multe săptămâni de tratament al infecţiei şi al insuficienţei cardiace, adică prea târziu. M-a tulburat profund însă faptul că fusesem atât de sigur pe mine cu privire la ceea ce se întâmplase în acea zi şi că greşisem atât de mult.

Cea mai paradoxală mi s-a părut ultima radiografie pulmonară, efectuată pe perioada stopului cardiopulmonar. Invazia aceea de sânge din torace ar fi trebuit să mă lase să văd măcar o zonă mai înceţoşată pe partea stângă. Dar când am scos din nou filmul, ca să-l mai examinez o dată, n-am mai sesizat nimic.

Cât de frecvente sunt situaţiile în care autopsiile certifică drept cauză a morţii o greşeală capitală de diagnostic? Eram tentat să presupun că aşa ceva se întâmplă doar rareori, în cel mult 1–2% dintre cazuri. Conform rezultatelor obţinute în cadrul a trei studii efectuate în anii 1998 şi 1999 însă, procentul respectiv s-a dovedit a fi de 40%. Concluzia unei ample sinteze a studiilor referitoare la autopsie este că, în aproape o treime dintre cazurile de erori de diagnostic, ar fi fost de aşteptat ca pacienţii să supravieţuiască dacă le-ar fi fost administrat tratamentul adecvat. George Lundberg, medic anatomopatolog şi fost editor al publicaţiei *Journal of the American Medical Association*, cel mai activ susţinător al implicaţiilor unor asemenea satistici sumbre, semnalează cel mai surprinzător aspect al acestei problematici: în studiile privitoare la autopsii, frecvenţa de detectare a greşelilor de diagnostic nu a înregistrat nici o îmbunătăţire cel puţin din anul 1938 încoace.

În condiţiile în care s-au făcut atât de multe progrese în domeniul tehnicilor de imagistică medicală şi de diagnosticare, e dificil să acceptăm ideea că, pe lângă faptul că în două din cinci cazuri de deces cauza morţii se datorează unei greşeli de diagnostic, nici n-am reuşit, în timp, să îmbunătăţim situaţia. Pentru a verifica veridicitatea unor asemenea constatări, doctorii de la Harvard au realizat un studiu foarte simplu. Au revăzut arhivele fişelor de spital pentru a vedea cât de des au reuşit autopsiile să scoată la iveală greşelile de diagnostic în deceniul cuprins între anii 1960 şi 1970 – adică înainte de apariţia tomografiei computerizate, a tehnologiilor bazate pe utilizarea ultrasunetelor, a izotopilor radioactivi şi a altor principii –, comparativ cu situaţia din 1980, când începuseră să fie aplicate pe scară largă tehnicile menţionate. Cercetătorii nu au observat nici o îmbunătăţire. Indiferent de deceniul supus analizei, medicii au ratat, la pacienţii care au decedat, un sfert dintre cazurile de infecţii fatale, o treime

dintre cele de atac de cord şi aproape două treimi dintre cele de embolie pulmonară.

În majoritatea cazurilor, nu a fost vorba despre un eşec al tehnologiei aplicate, ci, mai degrabă, de faptul că doctorii nu au intuit diagnosticul corect. Poate că, uneori, medicii aveau la dispoziţie soluţia perfectă a testului de laborator sau imagistic de care era nevoie, dar ce folos, dacă nu apelau niciodată la ea.

Într-un eseu publicat în anul 1976, filozofii Samuel Gorovitz şi Alasdair MacIntyre au explorat natura erorii. De ce n-ar reuşi, de pildă, un meteorolog, să prefigureze corect locul în care un uragan ar urma să provoace o prăbuşire de teren? Autorii au sesizat trei motive posibile. Unul dintre ele era ignoranţa: poate că ştiinţa oferă doar un număr limitat de date care să permită descifrarea modului de manifestare a unui astfel de fenomen natural. Un al doilea motiv îl constituie nepriceperea: meteorologul are la dispoziţie cunoştinţele necesare, dar nu este capabil să le aplice corect. Ambele sunt surse de eroare surmontabile. Suntem de părere că ignoranţa va fi învinsă de ştiinţă şi că incapacitatea de-a interpreta corect nişte date va fi depăşită cu ajutorul instruirii şi al tehnologiei. Cea de-a treia cauză preconizată a genera erori făcea parte însă, în opinia filozofilor, din categoria celor insurmontabile, denumind-o, în consecinţă, „eroare necesară."

Gorovitz and MacIntyre susţineau că există probabil unele aspecte ale cunoaşterii pe care ştiinţa şi tehnologia nu le vor elucida niciodată. Poate că avem pretenţii prea mari de la ştiinţă când îi pretindem să ne ofere, în afară de explicaţiile referitoare la modul generic de manifestare a unor fenomene naturale (uraganele, de pildă), o prognoză exactă cu privire la unul anume din categoria respectivă (furtuna care a făcut ravagii, joi, pe coasta sudică a statului Carolina, să zicem). Nici un uragan nu seamănă perfect cu altul. Cu toate că astfel

de fenomene se supun aceloraşi legi predictibile, fiecare în parte este influenţat permanent de o multitudine de factori de mediu necontrolabili, aleatorii. Precizarea particularităţilor de manifestare ale unui uragan ar implica o cunoaştere absolută a tuturor tainelor lumii – cu alte cuvinte, omniştiinţă.

Nu e vorba de faptul că este imposibil să prezici ceva; doar există o mulţime de lucruri perfect predictibile. Gorovitz şi MacIntyre oferă exemplul unui cub de gheaţă aruncat în foc. Cuburile de gheaţă sunt atât de simple şi de asemănătoare între ele, încât se poate estima cu precizie absolută că acel cub se va topi. Dar când se pune problema prefigurării exacte a ceea ce se petrece în organismul unui anume individ, trebuie oare oamenii abordaţi după modelul cuburilor de gheaţă sau după cel al uraganelor?

Chiar acum, aproape de miezul nopţii, consult o pacientă în camera de primiri urgenţe şi vreau să afirm că e un cub de gheaţă. Cu alte cuvinte, cred că înţeleg ce se petrece cu ea şi că sunt capabil să disting toate caracteristicile ce m-ar putea edifica asupra cazului. Am convingerea că o pot ajuta.

Charlotte Duveen – aşa o vom numi în continuare – are patruzeci şi nouă de ani şi de două zile acuză dureri abdominale. Am început examinarea din momentul în care am dat la o parte perdeaua de la intrarea în compartimentul ei de spital. Stătea cu picioarele încrucişate pe scaunul de lângă targa mobilă. M-a întâmpinat pe un ton jovial, cu un glas gutural, de fumătoare. Nu avea aerul unei persoane bolnave. Nu se ţinea cu mâinile de abdomen. Nu-şi căuta cu greutate cuvintele. Faţa avea şi ea un aspect normal – nu era nici împurată, nici palidă. Îşi periase părul şaten, lung până la umeri şi-şi aplicase cu grijă rujul.

Mi-a spus că durerea semăna, la început, cu crampele ocate de gaze. Dar apoi, în cursul zilei, a devenit puternică

şi localizată – mi-a şi arătat un punct în extremitatea inferioară a părţii drepte a abdomenului. Apăruseră şi scaune diareice. Avea permanent senzaţia că trebuie să urineze. Nu avea febră. Nici stare de greaţă. De fapt, îi era chiar foame. Mi-a povestit că acum două zile mâncase un hot dog în Fenway Park şi m-a întrebat dacă asta putea avea vreo legătură cu starea ei actuală. Săptămâna trecută fusese şi la grădina zoologică, să vadă păsările. Avea doi copii. Ultimul ciclu menstrual fusese cu trei luni în urmă. Fumează o jumătate de pachet de ţigări pe zi. Prizase şi heroină, dar renunţase. A avut, cândva, hepatită. Nu făcuse niciodată vreo operaţie.

I-am palpat abdomenul. M-am gândit că putea fi orice: intoxicaţie alimentară, un virus, apendicită, o infecţie de tract urinar, un chist ovarian, o sarcină. Abdomenul era moale, fără distensie, iar în cadranul drept inferior exista o zonă cu o sensibilitate deosebită.

Când am apăsat în punctul respectiv, am simţit cum muşchii i se contractă din reflex. La examenul regiunii pelviene, ovarele păreau să aibă un statut normal. Am solicitat mai multe teste de laborator. Numărul de leucocite era crescut. Analiza de urină era normală. Testul de sarcină a ieşit negativ. Am cerut şi o tomografie computerizată abdominală.

Sunt sigur că pot să-mi dau seama care este problema în acest caz, dar, dacă stai şi te gândeşti, e curios să ai o asemenea convingere. N-o mai văzusem niciodată pe această femeie şi, cu toate astea, presupun că este şi ea la fel ca toţi ceilalţi pacienţi pe care i-am examinat. Este oare reală convingerea mea? Să ne-nţelegem, nici unul dintre bolnavii consultaţi de mine nu erau femei în vârstă de patruzeci şi nouă de ani care avuseseră hepatită şi dependenţă de droguri, fuseseră recent la grădina zoologică, mâncaseră un hotdog în Fenway Park şi veniseră la spital cu o uşoară durere în cadranul drept inferior, instalată cu două zile în urmă. Cu toate acestea, sunt

în continuare convins că ştiu ce nu este în regulă în fiecare caz în parte. Operăm oameni zi de zi, le deschidem cavitatea abdominală şi, în general, cam ştim ce vom găsi: nu ţipari sau maşinării stricate ori o acumulare de lichid albastru, ci anse intestinale, un ficat într-o parte, un stomac în cealaltă, o vezică urinară mai jos. Există, desigur, diferenţe – o aderenţă la un pacient, o infecţie la altul –, dar am catalogat şi sortat mii de cazuri, pe baza cărora am realizat un profil statistic al omenirii.

Înclin să cred că e vorba de apendicită. Durerea e localizată exact la locul potrivit. Modul de instalare a simptomelor, examenul fizic şi numărătoarea de leucocite, toate se încadrează de minune în parametrii cunoscuţi. Îi e foame însă; se mişcă în largul ei, nu are aerul unei persoane bolnave – ceea ce pare a fi neobişnuit. Merg la radiologie şi stau pe întuneric, uitându-mă, peste umărul medicului specialist, la imaginile abdomenului lui Duveen proiectate pe monitor. Îmi arată apendicele, ca un vierme, gros, înconjurat de un strat cenuşiu de grăsime. Este apendicită, afirmă, sigur pe el. Îl chem pe chirurgul de serviciu şi-i comunic ce-am constatat. „Roagă să pregătească sala de operaţie", îmi spune. O să facem o apendicectomie.

În cazul de faţă avem certitudini. Şi totuşi am întâlnit destule altele similare, cu rezultate identice la tomografia computerizată – în care am deschis pacientul şi am găsit un apendice normal. Chirurgia însăşi este un fel de autopsie. Termenul „autopsie" are următoarea semnificaţie literală: „a vedea cu propriii ochi". Şi, în pofida cunoştinţelor şi a tehnologiei pe care le deţinem, când privim realitatea suntem, adesea, luaţi pe nepregătite de ceea ce vedem. Vreau să cred că afecţiunea pacientei mele este la fel de predictibilă ca răsăritul soarelui, ca topirea unui cub de gheaţă; şi poate că aşa trebuie. Dar am

acumulat suficientă experienţă ca să ştiu că, în cazul fiinţelor umane, pot fi spulberate până şi cele mai obişnuite certitudini.

Indiferent dacă avem de-a face cu pacienţi vii sau cu cadavre, nu ştim până nu vedem. Chiar şi în cazul domnului Sykes, am ajuns să mă întreb dacă am suturat corect sau dacă hemoragia avea o cu totul altă cauză. Doctorii nu mai pun astfel de întrebări. Ceea ce nu face decât să ne accentueze aroganţa. În 1995, National Center for Health (Centrul Naţional pentru Sănătate) şi-a întrerupt activitatea de colectare a datelor statistice cu privire la autopsii. Nici măcar nu putem spune cât de rare au devenit autopsiile.

Din tot ceea ce-am învăţat privind oamenii pe dinăuntru, am decis că fiinţele umane se situează cumva între un uragan şi un cub de gheaţă: în anumite privinţe, sunt mereu pline de mister, dar în altele – cu un suport ştiinţific suficient de solid şi cu verificări riguroase –, toate tainele lor pot fi descifrate prin studiu şi observaţie. Am fi la fel de nesăbuiţi dacă am crede că am atins limitele cunoaşterii umane sau că va veni o vreme când vom şti totul. Există încă destule prilejuri de-a îmbunătăţi lucrurile, de-a pune întrebări chiar şi despre cei decedaţi, de-a trage învăţăminte din situaţiile în care ştim când anume certitudinile noastre fireşti nu corespund realităţii.

Misterul copilului mort

Între anii 1949 şi 1968, toţi cei zece copii ai lui Marie Noe din Philadelphia au murit, rând pe rând. Unul s-a născut mort. Altul a decedat la spital imediat după naştere. Ceilalţi însă şi-au găsit sfârşitul acasă, în propriile lor pătuţuri, unde Noe zicea că-i găsise zăcând fie fără suflare, fie în agonie; doctorii, inclusiv unii dintre cei mai respectabili anatomopatologi ai timpului, nu au putut găsi nici o explicaţie pentru aceste opt decese – de altfel, în fiecare caz în parte au fost făcute autopsii. A existat o puternică suspiciune de crimă, dar nu s-a depistat nici o probă incriminantă. Ulterior, comunitatea medicală a ajuns să recunoască producerea, în fiecare an, a mii de cazuri similare, în care copii aparent sănătoşi au murit, inexplicabil, în propriile lor pătuţuri – contextul în speţă a fost denumit Sudden Infant Death Syndrome (SIDS – Sindromul Morţii Subite a Sugarului), lui fiindu-i atribuite şi cazurile menţionate anterior.

Totuşi, opt decese ale unor sugari într-o singură familie nu sunt uşor de suportat. Marie Noe a pierdut mai mulţi copii decât orice altă mamă care a fost vreodată într-o situaţie asemănătoare. Ne aşteptăm ca medicii să nu se limiteze strict la formularea unei concluzii standard, de tipul celei cu care-şi încheie anatomopatologii rapoartele – „Cauza decesului: nedeterminată“. Se pare că după trei decenii, în sfârşit, speranţele noastre au devenit realitate. În 4 august 1998, procurorul statului Philadelphia, Lynne Abraham, a prezentat noi probe

medicale ce dovedeau faptul că Noe, care ajunsese la vârsta de şaptezeci de ani, îşi sufocase copiii cu o pernă. „Ştiinţa", a declarat Abraham pentru agenţia Associated Press, „a rezolvat cazuri vechi, rămase nesoluţionate." A formulat opt capete de acuzare împotriva lui Noe, pentru săvârşirea unor crime cu premeditare.

Afirmaţia făcută de Abraham m-a nedumerit. Cum a stabilit ea – sau mai degrabă „ştiinţa" – că acele decese erau crime, şi nu cazuri de SIDS? Seducţia ştiinţei este conferită de ipoteza că poate înlătura toate urmele de incertitudine. Adevărul este însă că tinde să ridice tot atâtea întrebări câte răspunsuri este capabilă să ofere. Iar astfel de situaţii nu sunt nici pe departe excepţii. SIDS nu este chiar o boală, ci mai degrabă denumirea pe care au dat-o doctorii unuia dintre cele mai mari mistere medicale ale vremurilor noastre. Orice moarte subită a unui sugar ce rămâne neelucidată la finalul unei investigaţii post-mortem complete, dar fără concluzii definitive, este definită SIDS. De obicei, în asemenea cazuri, un bebeluş cu o stare de sănătate anterioară bună este găsit mort în patul lui. Înainte de deces nu se aude nici un plânset al copilului. Acesta poate fi găsit cu pumnii strânşi sau cu nasul şi gura marcate de un lichid sângeriu, cu aspect efervescent. În general, 90% dintre cazurile de SIDS survin până în pragul vârstei de şase luni, dar decese spontane şi neaşteptate se pot produce şi în rândul copiilor ceva mai mari.

A fost discreditată vechea teorie referitoare la SIDS, ce susţinea că bebeluşii pur şi simplu nu mai respiră. Sunt sugestive două observaţii, şi anume că dormitul pe o suprafaţă moale şi, respectiv, cu faţa în jos, cresc riscul ca un bebeluş să moară subit. Succesul unei campanii menite să-i determine pe părinţi să-şi culce copiii pe spate sau pe o parte a fost asociat cu o reducere cu 38% a cuantumului de cazuri de SIDS

înregistrate pe parcursul a patru ani. Poate se va dovedi că SIDS este un accident teribil în care, neputând să se întoarcă singuri de pe-o parte pe alta, bebeluşii sunt sufocaţi de propriile lor aşternuturi. Problema se pune, aşadar, în felul următor: cum poate fi făcută o distincţie clară între sufocare şi SIDS – mai ales în cazul copiilor lui Noe, în care autopsiile iniţiale nu au evidenţiat semne de violenţă, iar din cadavre n-au mai rămas, foarte probabil, decât oasele. Medicii legişti şi experţii în cazurile de abuzuri faţă de copii, cu care am luat legătura, au confirmat că nici autopsia, nici cele mai noi teste nu implică vreun element caracteristic pe baza căruia să se stabilească fără dubii dacă este vorba de SIDS sau de crimă prin sufocare. Aşadar, cum au fost întocmite capetele de acuzare împotriva lui Noe?

La scurt timp după anunţarea acuzaţiilor, am contactat diferite persoane implicate în caz, ca să le pun întrebarea mai sus menţionată. Nimeni nu era dispus să-şi asume deschis răspunsul. Sub protecţia anonimatului însă, o oficialitate a recunoscut că nu existau probe care să susţină acuzaţiile de crimă. În octombrie 1997, după ce un reporter al revistei *Philadelphia* a început să întreprindă o serie de investigaţii în vederea realizării unui articol despre copiii lui Noe, anchetatorii criminalişti locali au decis să redeschidă cazul. Au solicitat departamentului de stat de medicină legală să reexamineze autopsiile anterioare – ceea ce însemna, de fapt, o nouă trecere în revistă a rapoartelor medico-legale existente (unul dintre ele lipsea), a certificatelor de deces şi a rapoartelor întocmite pe marginea anchetelor. Doctorii nu au găsit nici un semn de sufocare care să fi fost ratat anterior, nici un indiciu. Ca şi specialiştii anatomopatologi care se ocupaseră de caz înaintea lor, aveau ca punct de plecare doar cele opt decese infantile într-o singură familie, fără probe de prejudicii fizice, şi propriile lor suspiciuni cu privire la o mamă

care fusese singura persoană prezentă în momentul când a murit fiecare dintre copiii ei. Singura diferenţă era că, de data aceasta, medicii erau dornici să declare că profilul cazurilor indica crima ca unică alternativă pentru producerea decesului.

În cazurile de abuz asupra copiilor, ca şi în atât de multe alte situaţii, ştiinţa poate furniza, adesea, doar dovezi circumstanţiale. Uneori, este adevărat, noi, doctorii chiar reuşim să găsim dovezi directe şi convingătoare care să susţină diagnosticul unor astfel de cazuri: vânătăi al căror contur redă forma unui umeraş de haine, arsuri ce nu pot fi provocate decât de o ţigară aprinsă ori care au aspectul unui ciorap, sugerând faptul că piciorul afectat fusese cufundat sau menţinut într-un lichid fierbinte. Odată am acordat îngrijiri unui băieţel în vârstă de două luni, a cărui faţă fusese opărită foarte grav – tatăl lui spunea că, în timp ce-i făcea baie, dăduse drumul, din greşeală, robinetului de apă caldă. Dar absenţa aspectului caracteristic unei astfel de arsuri ne-a determinat să suspectăm că aveam de-a face cu un caz de abuz. Am efectuat o examinare cu raxe X a întregului organism al copilului, ca să căutăm şi alte indicii. S-a dovedit că bebeluşul avea între cinci şi opt fracturi costale, precum şi la nivelul ambelor picioare. Unele dintre ele fuseseră produse cu mai multe săptămâni în urmă. Unele erau de dată recentă. Studiile genetice şi testele de colagen au exclus existenţa unor eventuale anomalii metabolice şi osoase ce ar fi putut explica prezenţa atât de multor leziuni. Erau dovezi certe de maltratare corporală, iar copilul a fost luat de la părinţii lui. Dar nici atunci, aşa cum avea să arate mărturia mea, dovezile noastre nu puteau indica precis care dintre cei doi era autorul unor asemenea violenţe. (În cele din urmă, ancheta poliţiei a fost cea care a stabilit vinovăţia tatălui, pe baza ei fiind luată decizia instanţei judecătoreşti de a-l condamna la închisoare sub acuzaţia de abuz asupra minorilor.) Majoritatea cazurilor nu se pre-

zintă cu astfel de semne evidente. Când suntem în situaţia de-a decide dacă se impune să alertăm asupra unei familii departamentul de servicii sociale sau poliţia, avem, de obicei, doar indicatori vagi pe care ne putem baza. Conform ghidurilor utilizate la Children's Hospital din Boston, prezenţa, la un sugar, a *oricărei* vânătăi, leziuni faciale sau fracturi a unui os lung este considerată a fi dovada unui posibil abuz. Nu prea mai este altceva de verificat în continuare. În final, doctorii caută să afle de la părinţi mult mai multe informaţii decât ar putea fi oferite de indiferent ce indiciu fizic.

Nu cu mult timp în urmă, fiica mea în vârstă de un an se juca în camera special destinată în acest scop, când, deodată, a scos un ţipăt ce-ţi îngheţa sângele-n vene. Soţia mea a alergat spre ea într-un suflet şi a găsit-o zăcând pe podea, cu braţul drept îndoit între cot şi talie, ca şi când ar fi avut o încheietură în plus. Din câte am încercat să ne dăm seama, se părea că încercase să se caţere pe canapeaua noastră de pluş, îşi prinsese braţul în şipcile de lemn şi fusese împinsă, din neatenţie, de Walker, care avea pe atunci doi ani. În cădere, oasele antebraţului s-au rupt în două. Când am ajuns cu ea la spital, trei persoane diferite m-au interogat, suspicioase, întrebându-mă mereu acelaşi lucru: „Ia spuneţi, cum s-a întâmplat exact?" Ştiam prea bine că povestea mea era în măsură să trezească suspiciuni – o căzătură fără martori, soldată cu o fractură gravă. Doctorii căutau să depisteze, aşa cum procedez şi eu când am de-a face cu victime tinere ale unor traumatisme, orice urmă de neconcordanţă sau de modificare a relatării cazului. E firesc ca părinţii să se simtă lezaţi şi furioşi când medicii îi supun unor interogatorii cu iz poliţienesc, dar cu toate că nivelul de cunoaştere al medicinei a ajuns astăzi atât de departe, întrebările rămân în continuare principalul nostru test pentru stabilirea unui diagnostic de abuz.

În cele din urmă, toate temerile mele s-au disipat. Fiica mea s-a ales cu un ghips roz şi am luat-o acasă fără să fi avut vreun incident. Nu pot să nu mă gândesc însă că statutul meu social a jucat un rol în această situaţie. Când decid că este absolut necesară implicarea oficialităţilor într-un caz – deşi încearcă s-o evite, pe cât posibil –, doctorii observă că influenţa factorilor sociali este inevitabilă. Ştim, de pildă, că riscul de-a avea un comportament abuziv este dublu faţă de normal în cazul părinţilor unici, şi de aproape şaisprezece ori mai mare, în familiile sărace. Se constată că o treime dintre mamele dependente de cocaină îşi maltratează copiii sau şi-i neglijează. (În aceeaşi ordine de idei, rasa nu este un factor determinant.) Aceste date sunt mereu avute în vedere.

Factorii despre care aminteam au avut un impact pozitiv în cazul lui Noe. Era o femeie măritată, respectabilă, din clasa de mijloc a societăţii. Dar faptul că s-au produs opt decese înseamnă totuşi ceva, nu-i aşa? Aşa cum spunea şi unul dintre reprezentanţii oficiali ai departamentului de medicină legală implicaţi în caz, repetând o maximă intens vehiculată în rândul anatomopatologilor, „Un caz de deces SIDS este o tragedie. Două astfel de cazuri sunt un mister. Trei, o crimă."

Adevăratul răspuns însă este că, deşi datele în sine par a fi suficient de incriminatoare, tot nu pot înlătura complet suspiciunile rezonabile. Expertul medico-legist al statului Pittsburgh, Cyril Wecht, nu susţine opinia colegilor lui, afirmând că producerea mai multor decese determinate de SIDS, într-o singură familie, nu implică automat ipoteza unei crime. Numărul lor ridică, indubitabil, suspiciuni în cazul lui Noe. În fond, la ora actuală, experţii sunt de părere că pierderea unui singur copil datorită SIDS nu creşte probabilitatea ca o familie să piardă, din aceeaşi cauză, încă unul. Când este vorba de două decese în cadrul unei singure familii, atunci,

desigur, se impune efectuarea unor investigaţii. După cum arată Wecht însă, au existat situaţii în care doi sau chiar trei sugari au murit, într-un mod inexplicabil, într-o familie în care omuciderea a fost declarată practic imposibilă. În trecut au fost formulate numeroase acuzaţii nefondate asupra părinţilor care s-au confruntat cu situaţii similare. Şi ceea ce ne îngrijorează cel mai mult este faptul că nici măcar nu ştim exact ce este SIDS. Poate că, încercând să redăm elementele definitorii ale sindromului, am abordat în bloc caracteristicile unor boli distincte. Şi la fel de posibil este ca în cadrul aceleiaşi familii să se producă, din cauze naturale, mai multe decese.

Cu toate că foarte adesea nu poate proba nici măcar cazurile fatale de abuz asupra copiilor, ştiinţa nu este complet neputincioasă. În faţa „dovezii" medicale care confirma ipoteza crimei, Noe a recunoscut că-şi sufocase patru dintre copii, dar a susţinut că nu-şi putea aminti ce li se întâmplase celorlalţi. Avocatul a contestat imediat credibilitatea şi valabilitatea declaraţiei clientei sale, obţinută în cursul unui interviu care durase o noapte întreagă. În data de 28 iunie 1999 însă, într-o sală de judecată a proceselor de drept comun a tribunalului din Philadelphia, Marie Noe s-a ridicat în picioare, sprijinindu-se în baston, ca să se declare vinovată de opt capete de acuzare, încadrate de instanţa judecătorească în categoria crimelor de gradul doi. La auzul verdictului, soţul ei, Arthur, în vârstă de şaptezeci şi şapte de ani, aflat şi el în sală, dădea din cap, năucit.

Până la urmă, cea mai concludentă probă pe care o avem la dispoziţie ne este furnizată, uneori, de spusele oamenilor, nu de ştiinţă.

Al cui este, de fapt, corpul acesta?

Prima dată când l-am văzut, cu două zile înainte de operaţie, pacientul părea mort. Joseph Lazaroff, cum îl voi numi în continuare, stătea întins în pat cu ochii închişi. Trupul îi era acoperit cu un cearşaf prin care i se desluşea pieptul firav, ca de pasăre. Când oamenii dorm – sau chiar când sunt anesteziaţi şi nu respiră singuri – nu ţi se întâmplă să te întrebi dacă mai trăiesc. Trupurile lor emană acea căldură a vieţii pe care o vădeşte tonusul muscular al braţelor sau conturul subtil al buzelor ori culoarea pielii. Dar, aplecându-mă în faţă, ca să-l bat pe Lazaroff pe umăr, m-am trezit deodată ţintuit în loc de senzaţia instinctivă pe care ţi-o creează atingerea unui cadavru. Avea aerul unui om complet lipsit de vigoare, epuizat – tenul foarte palid, obrajii, bărbia şi tâmplele căzute, pielea feţei întinsă ca o mască. Cel mai ciudat era capul, care stătea ridicat la o distanţă de cinci centimetri de pernă, de parcă se instalase *rigor mortis*.

„Domnul Lazaroff?“ l-am întrebat. A deschis ochii. S-a uitat la mine fără nici cea mai vagă undă de interes, tăcut şi imobil.

Pe vremea aceea eram în primul an de rezidenţiat şi lucram în secţia de neurochirurgie. Lazaroff avea cancer, iar boala îi cuprinsese întregul organism. Fusese programat la o operaţie de excizare a unei tumori de la nivelul coloanei vertebrale. Şeful echipei de rezidenţi mă trimisese să obţin de la el consimţământul – adică semnătura lui Lazaroff pe formularul

ce atesta acordul pacientului pentru intervenţia chirurgicală. Nici o problemă, am spus. Privindu-l însă şi văzând cât de fragil şi de slăbit era, trebuia să mă întreb dacă era cazul să-l operăm.

M-am uitat peste fişa lui medicală. Cu opt luni în urmă fusese la medic din cauza unei dureri de spate. Iniţial, doctorul nu a sesizat nimic deosebit, dar după trei luni, durerea s-a agravat, aşa că l-a programat la radiologie. Examenul imagistic a evidenţiat existenţa unui cancer generalizat – tumori multiple în ficat, intestin şi de-a lungul coloanei. Biopsia a indicat faptul că erau incurabile.

Lazaroff abia împlinise şaizeci de ani. Fusese vreme îndelungată administrator al oraşului, avea un început de diabet, episoade ocazionale de angină pectorală şi aerul dur al unui om care-şi pierduse soţia cu mai mulţi ani în urmă şi se obişnuise să trăiască singur. Starea lui de sănătate s-a deteriorat rapid. În decurs de numai câteva luni a pierdut în greutate peste douăzeci şi cinci de kilograme. Pe măsură ce tumorile abdominale creşteau, se intensifica şi acumularea de lichid în abdomen, scrot şi membrele inferioare. Accentuarea durerii şi deteriorarea stării fizice l-au pus în imposibilitatea de-a mai lucra. Fiul său, în vârstă de treizeci şi ceva de ani, s-a mutat la el ca să-l ajute. Lazaroff a început administrarea permanentă a morfinei, pentru a-şi ţine sub control durerea. Medicii i-au spus că mai avea de trăit doar câteva săptămâni. Lazaroff însă nu era încă pregătit să accepte ideea. Continua să vorbească despre ziua în care-şi va relua serviciul.

Au urmat însă mai multe etape succesive de declin sever al stării de sănătate: au apărut o slăbiciune inexplicabilă a picioarelor şi o stare de incontinenţă. A mers din nou la medicul oncolog. Un nou examen imagistic a evidenţiat, în regiunea toracică a măduvei spinării, o metastază care provoca un fenomen de compresie medulară. Oncologul l-a internat în spital

şi a încercat o primă cură de radioterapie, care nu a avut însă nici un efect. Nu a mai putut să-şi mişte piciorul drept; îi paraliza jumătatea inferioară a corpului.

Nu-i mai rămâneau decât două opţiuni. Putea să se supună unei intervenţii chirurgicale la nivelul măduvei spinării. Nu l-ar fi vindecat – cu sau fără operaţie, tot cel mult câteva luni mai avea de trăit –, dar i-ar fi oferit o ultimă şansă de oprire a procesului de deteriorare a măduvei spinării şi, poate, de recuperare parţială a forţei membrelor inferioare şi a sfincterelor. Riscurile erau însă foarte mari. Trebuia să recurgem la abord toracic şi la compresie pulmonară ca să ajungem la nivelul măduvei spinării. Perioada de recuperare ar fi fost de lungă durată, dificilă şi foarte dureroasă. Iar în condiţiile în care starea lui de sănătate era atât de precară – fără să mai socotim vechea şi îndelungata suferinţă cardiacă –, avea şanse minime de a supravieţui unei astfel de intervenţii şi de-a se întoarce acasă.

Exista şi alternativa de a nu face nimic. De-a se externa şi a continua îngrijirea la domiciliu, ceea ce i-ar fi asigurat o stare de confort psihic, alimentându-i sentimentul că mai poate deţine controlul asupra propriei sale vieţi. Imobilitatea şi incontinenţa urmau să se agraveze, cu siguranţă. Dar numai aşa ar fi avut şansa de-a muri împăcat, în patul lui, luându-şi rămas-bun de la toţi cei dragi.

Decizia era numai şi numai a lui.

Faptul în sine este remarcabil. Cu nu mai mult de un deceniu în urmă, medicii erau cei care luau deciziile, iar pacienţii făceau ceea ce li se spunea. Medicii nu le cereau părerea celor pe care-i consultau ca să le afle dorinţele ori priorităţile şi, de regulă, nici nu le ofereau toate informaţiile necesare în legătură cu afecţiunea lor – uneori, chiar informaţii cruciale, cu privire, de pildă, la medicamentele prescrise, la tratamentele

recomandate şi la diagnosticul pe care-l puseseră. Pacienţilor le era interzis până să se şi uite în propria fişă medicală: nu era proprietatea lor, spuneau doctorii. Erau trataţi ca nişte copii, fiind consideraţi prea fragili şi naivi ca să interpreteze corect situaţia reală a stării lor de sănătate; cât despre ideea de-a lua ei înşişi o decizie, nici nu se punea problema. Iar oamenii sufereau din aceste pricini. Erau examinaţi cu diverse aparate, li se dădeau medicamente şi erau supuşi unor operaţii în privinţa cărora nu li se cerea niciodată părerea. Şi ratau ocazia de-a beneficia de tratamentele pe care, poate, le-ar fi preferat celor indicate de medic.

Tatăl meu îmi povestea că în anii '70 şi, mai ales, în cursul deceniului următor, când veneau la el o mulţime de bărbaţi în vederea efectuării unei vasectomii, se accepta ideea ca el să fie cel care urma să aprecieze în ce măsură practicarea intervenţiei chirurgicale era adecvată, atât din punct de vedere medical, cât şi în raport cu particularităţile fiecărui caz în parte. De obicei, refuza să facă operaţia dacă solicitanţii erau fie necăsătoriţi, fie însuraţi, dar fără copii, fie „prea tineri". Pe ansamblu, nu e convins că a procedat exact cum trebuia în toate situaţiile; astăzi însă ar aborda lucrurile cu totul altfel. De altfel, nici nu-şi aminteşte să fi refuzat vreodată, în ultimii ani, solicitarea vreunui pacient de-a i se efectua o vasectomie.

Unul dintre motivele ce au determinat o transformare atât de spectaculoasă a manierei de luare a deciziilor în medicină l-a constituit apariţia, în anul 1984, a cărţii intitulate *The Silent World of Doctor and Patient* (*Lumea cea tăcută a doctorului şi pacientului*), scrisă de medicul şi specialistul în etică Jay Katz. Volumul, care critica foarte aspru procesul tradiţional de luare a deciziilor în medicină, a avut o influenţă remarcabilă. Autorul afirma că deciziile medicale ar putea şi ar trebui să fie luate prin implicarea pacienţilor. Şi şi-a susţinut pledoaria folosind ca exemple chiar relatările pacienţilor.

Una dintre relatări, prezentată sub titlul „Iphigenia Jones", era a unei femei în vârstă de douăzeci şi unu de ani, căreia i se depistase o tumoră malignă mamară. Şi atunci, ca şi acum, tânăra avea două opţiuni: fie mastectomie (ce presupunea îndepărtarea chirurgicală a sânului afectat şi a ganglionilor de la nivelul axilei situate pe aceeaşi parte), fie iradiere, cu intervenţie chirurgicală minim invazivă (doar excizia nodulului canceros şi a ganglionilor axilari). În ambele situaţii, ratele de supravieţuire erau similare, deşi în cea de-a doua, în care sânul este conservat, e posibilă o recidivă a tumorii, ceea ce-i determină pe medici să recurgă, în ultimă instanţă, tot la procedura radicală. Chirurgul care preluase cazul tinerei prefera să practice mastectomia, aşa că i-a indicat-o şi pacientei lui. În zilele premergătoare operaţiei însă, doctorul a început să se îndoiască de oportunitatea efectuării unei astfel de operaţii în cazul unei femei atât de tinere. În consecinţă, în seara anterioară intervenţiei, a procedat altfel decât de obicei: a discutat cu ea opţiunile de tratament şi i-a lăsat libertatea de-a opta. Iphigenia a ales varianta ce presupunea păstrarea sânului.

După o vreme, pacienta şi chirurgul care-o operase apăreau în faţa unei comisii de analiză a opţiunilor terapeutice în cazurile de cancer mamar. Povestea lor a stârnit reacţii vehemente. Aproape toţi chirurgii au atacat ideea de-a i se oferi pacientului posibilitatea să aleagă. Unul dintre ei a întrebat chiar: „Dacă doctorilor le este atât de greu să decidă care tratament e mai bun, cum ar putea pacienţii să ia asemenea hotărâri?" Aşa cum scria Katz însă, astfel de decizii nu implicau aspecte de ordin tehnic, ci personal: ce era mai important pentru Iphigenia – să-şi păstreze sânul sau să aibă siguranţa că va trăi fără riscul reapariţiei nodulului? Nici un medic nu avea căderea să ia o decizie cu privire la asemenea chestiuni. Numai tânăra o avea. Cu toate acestea, în astfel de situaţii,

doctorii operau, adesea fără măcar să-i intereseze dacă pacientele erau îngrijorate în legătură cu intervenţia, şi luau singuri decizii – poate sub influenţa banilor, a preferinţelor profesionale (de pildă, chirurgii tind să opteze întotdeauna pentru tratamentul chirurgical) şi a felului de-a fi al fiecăruia.

Până la urmă, mediul academic medical a început să îmbrăţişeze poziţia lui Katz. Pe vremea când eram student, prin anii '90, profesorii ne spuneau că este bine să ne percepem pacienţii ca pe nişte factori de decizie autonomi. „Voi sunteţi cei care lucraţi în slujba lor", ni se reamintea frecvent. Există şi în prezent numeroşi doctori „de modă veche" care încearcă să adopte o poziţie dictatorială, dar constată că persoanele care apelează la serviciile lor nu mai sunt dispuse să accepte o asemenea abordare. Majoritatea medicilor, luând foarte în serios ideea că pacienţii sunt singurii în măsură să deţină controlul asupra propriului lor destin, le expun deschis opţiunile şi riscurile implicate de tratamentul propus. Unii chiar refuză să le facă recomandări, de teama de-a nu le influenţa punctul de vedere într-un mod neadecvat. Pacienţii pun întrebări, se informează pe Internet, solicită şi o a doua opinie. Şi, în final, decid.

În practică însă, lucrurile nu sunt deloc atât de tranşante. S-a dovedit că şi pacienţii iau decizii proaste. Uneori, desigur, diferenţa dintre o opţiune şi alta nu este chiar aşa de semnificativă. Dar când îţi dai seama că bolnavul face o greşeală gravă, ar trebui, pur şi simplu, să-i respecţi dorinţa? Conform dogmelor medicale actuale, da, aşa ar trebui procedat. În fond, al cui este corpul?

Lazaroff voia să fie operat. Oncologul avea dubii asupra oportunităţii deciziei, dar a solicitat şi părerea unui neurochirurg. Acesta, un bărbat dichisit, de vreo patruzeci de ani, cu o reputaţie remarcabilă şi o adevărată slăbiciune pentru cravate a stat de vorbă în acea după-amiază cu Lazaroff şi

cu băiatul acestuia. I-a avertizat asupra tuturor riscurilor, deosebit de mari, precum şi asupra faptului că eventualele beneficii erau aproape neglijabile. Uneori, avea să-mi povestească mai târziu, oamenii par să nu vadă şi să n-audă nimic când e vorba despre pericole, aşa că, în astfel de cazuri, se simte tentat să le prezinte fără menajamente – dependenţa de un ventilator, care să asigure respiraţia artificială, pentru a compensa funcţia pulmonară compromisă, apariţia unui accident vascular cerebral, moartea. Lazaroff însă era de neclintit. Chirurgul l-a programat la operaţie.

„Domnule Lazaroff, sunt medic rezident şi am venit la dumneavoastră ca să discutăm despre intervenţia chirurgicală de mâine“, i-am spus. „Veţi fi supus unei corpectomii şi fuziuni spinale toracale.“ M-a privit cu ochi goi, inexpresivi. „Asta înseamnă că vom înlătura tumora care exercită presiune asupra măduvei spinării“, am precizat. Avea aceeaşi privire indiferentă. „Se speră că intervenţia va împiedica agravarea paraliziei dumneavoastră.“

„Nu sunt paralizat“, a rostit până la urmă. „Mă operez ca să nu paralizez.“

Am bătut imediat în retragere. „Îmi pare rău – am vrut să spun că va împiedica apariţia paraliziei.“ Poate că era doar o chestiune de semantică – putea să-şi mişte puţin piciorul stâng. „Am nevoie doar de semnătura dumneavoastră pe acest formular, prin care declaraţi că sunteţi de acord să efectuaţi operaţia programată pentru mâine.“

„Formularul de consimţământ informat“ a fost elaborat relativ recent. Are în vedere toate complicaţiile la care ne putem gândi în calitatea noastră de medici, de la o reacţie alergică uşoară la moarte, iar semnarea lui înseamnă acceptarea respectivelor riscuri. Faptul că poartă amprenta hăţişurilor avocăţeşti şi a birocraţiei mă determină să mă îndoiesc că pacienţii vor avea sentimentul că sunt mai bine informaţi

după ce-l citesc. Oferă totuşi un prilej de trecere în revistă a riscurilor implicate.

Neurochirurgul le analizase deja cu mare atenţie. Aşa că ating punctul nevralgic. „Avem nevoie de semnătura dumneavoastră ca să fim siguri că înţelegeţi la ce riscuri vă expuneţi“, i-am zis. „Chiar dacă apelaţi la această intervenţie ca să vă păstraţi abilităţile funcţionale, operaţia ar putea să eşueze sau să vă lase paralizat.“ M-am străduit să am un ton ferm, fără să fiu dur. „Aţi putea face un accident vascular cerebral sau un atac de cord; sau chiar să muriţi.“ I-am întins formularul şi pixul.

„Nimeni nu mi-a spus că aş putea muri din cauza asta“, a rostit, cu tremur în glas. „E ultima mea speranţă. Vreţi să spuneţi că o să mor?“

Am înlemnit, neştiind exact ce să zic. Tocmai atunci a intrat fiul lui Lazaroff, pe care-l voi numi de-aici înainte David, îmbrăcat în nişte haine şifonate, cu o barbă zburlită şi un început de burtă. Starea de spirit a tatălui s-a schimbat brusc şi îmi aduc aminte că citisem în fişa medicală despre recenta sa discuţie cu David, în cadrul căreia acesta îl întrebase dacă tot mai considera potrivit să se ia măsuri eroice. „Nu renunţa la mine“, i s-a adresat Lazaroff fiului său, de această dată cu o voce tăioasă. „Să-mi dai toate şansele pe care le am!“ Mi-a smuls din mână formularul şi pixul. Stăteam amândoi, resemnaţi, tăcuţi, privindu-l pe Lazaroff cum făcea, cu gesturi lente, o zmângălitură aproape ilizibilă în vecinătatea liniei ce marca locul pentru semnătură.

După ce am ieşit din salon, David mi-a spus că nu era sigur că aşa trebuia procedat. Înainte de-a muri de emfizem pulmonar, mama lui stătuse mult timp la terapie intensivă, conectată la ventilator, iar de-atunci, tatăl său repetase în nenumărate rânduri că nu voia să i se întâmple vreodată şi lui aşa ceva. Acum însă, voia cu obstinaţie să facă „tot posibilul“. David n-a îndrăznit să-l contrazică.

Lazaroff a fost operat a doua zi. Îndată ce i s-a administrat anestezia, a fost întors pe partea stângă. Un specialist în chirurgie toracică a efectuat o incizie lungă, deschizând cavitatea toracică, dinspre zona frontală către cea dorsală, în lungul coastei a opta, şi a fixat înăuntru un retractor, ca să menţină într-o parte plămânul comprimat. Se putea vedea până în planul posterior al toracelui, spre coloana vertebrală. Cea de-a zecea vertebră era înfăşurată într-o formaţiune cărnoasă, de dimensiunile unei mingi de tenis. A intervenit apoi neurochirurgul, care a început excizarea tumorii. După două ore, nu mai rămăsese decât un singur punct de prindere, situat în zona osoasă a corpului vertebral. A utilizat atunci o pensă ciupitoare de os – un instrument rigid, cu un capăt de prindere – ca să efectueze un decupaj foarte fin la nivelul corpului vertebral, aidoma unui castor ce roade încet trunchiul unui copac; a reuşit, în final, să îndepărteze vertebra şi, odată cu ea, formaţiunea respectivă. În vederea refacerii coloanei vertebrale, a amplasat în locul ei un mulaj dens din metacrilat, un material de cimentare cu structură acrilică, pe care l-a lăsat să se întărească. A verificat cu un dispozitiv special spaţiul din spatele noii vertebre artificiale – rămăsese suficient. Operaţia durase peste patru ore, dar încetase definitiv presiunea asupra măduvei spinării. Specialistul în chirurgie toracică a închis la loc cavitatea toracică a domnului Lazaroff, lăsând în exterior un tub de cauciuc prin care urma să se realizeze reexpansiunea pulmonară, şi pacientul a fost dus în secţia de terapie intensivă.

Intervenţia a constituit un succes din punct de vedere tehnic. Plămânii lui Lazaroff însă nu şi-au reluat funcţia normală şi ne-am străduit din răsputeri să-l deconectăm de la ventilator. Pe parcursul zilelor următoare, deveneau tot mai rigizi, iar ţesutul fibros se tot extindea, ceea ce impunea aplicarea unor presiuni mai mari pentru facilitarea respiraţiei. Am încercat

să-l menţinem sub sedare, dar se trezea frecvent, într-o perpetuă stare de agitaţie. David îl veghea permanent, copleşit de sentimentul că nu-l putea ajuta. Mai multe radiografii succesive evidenţiau agravarea afectării plămânilor, în interiorul cărora se formau continuu mici cheaguri de sânge. Pentru a preveni apariţia altor asemenea trombi, i-am administrat un fluidizant sangvin. S-a declanşat apoi o uşoară hemoragie – nu eram siguri ce anume o provocase – şi am fost nevoiţi să-i facem, aproape zilnic, transfuzii de sânge. După o săptămână au apărut pusee de febră, dar nu puteam localiza sursa infecţiei. În cea de-a noua zi după operaţie, valorile mari ale presiunii aerului introdus prin ventilator au determinat producerea unor mici perforaţii la nivelul plămânilor. Ca să prevenim pierderea funcţiei pulmonare, a trebuit să efectuăm o incizie toracică, în vederea inserării unui nou tub pentru susţinerea respiraţiei artificiale. Menţinerea pacientului în viaţă implica eforturi şi costuri enorme, dar rezultatele erau descurajante. Devenise tot mai clar faptul că totul era zadarnic. Era exact modul în care Lazaroff nu voia să moară – ţintuit la pat şi sedat, cu trupul plin de tuburi, introduse în fiecare orificiu natural şi în alte câteva artificiale, conectat la un ventilator. În cea de-a paisprezecea zi, David i-a spus neurochirurgului că ar trebui să renunţăm.

Neurochirurgul a venit să-mi dea vestea. M-am îndreptat spre locul rezervat lui Lazaroff, unul dintre cele opt spaţii destinate secţiei de terapie intensivă, dispuse semicircular în jurul unui punct de asistenţă medicală, fiecare dintre ele având în dotare o podea acoperită cu gresie, o fereastră şi o uşă glisantă din sticlă, care o ferea de zgomotul exterior, dar nu şi de privirile atente ale asistenţilor şi infirmierilor. Am intrat încet, însoţit de o asistentă. Am verificat dacă era ajustat corect debitul perfuziei cu morfină. M-am apropiat de capul patului şi, presupunând că m-ar fi putut auzi, i-am

spus că urma să-i scoatem din gură tubul respirator. Am tăiat legăturile tubului şi am dezumflat manşonul balonului care-l fixa la nivelul traheei. Am extras apoi tubul. A tuşit de două ori, a deschis ochii pentru o fracţiune de secundă şi i-a închis la loc. Asistenta i-a aspirat flegma acumulată în gură. Am oprit ventilatorul şi în încăpere s-a instalat dintr-odată liniştea; nu se mai auzea decât sunetul respiraţiei greoaie a lui Lazaroff. L-am privit cum se stinge. Mişcările respiratorii, din ce în ce mai slabe, au fost întrerupte de câteva ori de convulsii şi au încetat definitiv. Mi-am lipit capătul stetoscopului de pieptul lui şi i-am ascultat inima, până când bătăile ei au devenit imperceptibile. La treisprezece minute după deconectarea de ventilator, i-am comunicat asistentei să înregistreze decesul lui Joseph Lazaroff.

Mă gândeam că Lazaroff luase o hotărâre greşită. Dar nu din cauză că avusese o moarte atât de violentă. Deciziile bune pot avea consecinţe negative (uneori, oamenii trebuie să-şi asume riscuri teribile), tot aşa cum cele proaste au, câteodată, rezultate bune („Mai bine norocos decât bun", obişnuiesc chirurgii să spună, adesea). Credeam că Lazaroff făcuse o opţiune greşită pentru că alegerea lui contravenea celor mai profunde convingeri personale – nu în sensul în care le percep eu sau oricine altcineva, ci aşa cum le percepea el însuşi. Înainte de toate, era evident faptul că-şi dorea să trăiască. Era dispus să-şi asume orice risc – chiar şi pe cel al decesului – ca să rămână în viaţă. Îi explicasem însă că noi nu-i aveam cum să-i oferim în dar viaţa. Îi puteam da, în schimb, şansa de a-şi păstra, în scurtul răgaz pe care-l mai avea, o minimă funcţionalitate a părţii inferioare a corpului – o alternativă foarte brutală pentru el, ce implica şi probabilitatea unui sfârşit deplorabil. Dar nici nu ne auzea: respingând ideea paraliziei, părea să fie convins că era în stare să-şi

ţină la distanţă moartea. Există oameni care evaluează cu luciditate asemenea riscuri şi-şi încearcă norocul apelând la intervenţia chirurgicală. Nu cred însă că Lazaroff făcea şi el parte dintr-o astfel de categorie, fiindcă ştiu cât de tare îl speria perspectiva de-a muri la fel ca soţia lui.

Am procedat oare greşit până şi atunci când i-am prezentat alternativa operaţiei? La ora actuală, crezul profesiei noastre ne-a racordat foarte puternic la imperativele implicate de autonomia pacientului. Sunt însă şi momente – mult mai frecvente decât vrem să recunoaştem – când un doctor trebuie să-şi ghideze pacienţii, arătându-le care este cea mai bună opţiune pentru ei înşişi.

O asemenea abordare naşte controverse. Oamenii sunt foarte suspicioşi când au de-a face cu persoane care pretind că ştiu mai bine decât ei ce anume este în beneficiul lor. Dar un medic bun nu poate să stea, pur şi simplu, deoparte în situaţiile în care bolnavii iau decizii proaste sau în defavoarea lor înşişi – decizii ce contravin celor mai intime năzuinţe.

Îmi aduc aminte de un caz petrecut în prima mea săptămână de stagiu. Eram de gardă în cadrul secţiei de chirurgie. Printre pacienţii pe care-i aveam în grijă era şi o femeie, în vârstă de vreo cincizeci de ani – o voi numi doamna McLaughlin –, care suferise, cu două zile în urmă, o operaţie abdominală majoră. Fusese incizată pe întreaga lungime a abdomenului. La braţ i se introdusese o perfuzie intravenoasă prin care îi erau administrate fluide şi medicamente antalgice. Recuperarea decurgea normal, dar pacienta nu voia să se dea jos din pat. I-am explicat de ce era vital să se ridice şi să înceapă să umble: preîntâmpina astfel riscuri serioase de instalare a pneumoniei, de formare a trombilor la nivelul venelor membrelor inferioare şi de apariţie a altor probleme. Nu era dispusă să accepte propunerea mea. Spunea că e obosită şi că nu se simţea în stare să se ridice din pat. A înţeles

că se expunea unor riscuri foarte mari? Da, mi-a răspuns, dar voia să fie lăsată în pace.

La vizita de după-amiază, rezidenta-şefă m-a întrebat dacă pacienta se sculase din pat. Ei bine, nu, i-am zis, a refuzat. Asta nu e o scuză, mi-a spus, la rândul ei, şi m-a pus să mă întorc în salonul doamnei McLaughlin. Şefa mea s-a aşezat pe marginea patului pacientei, abordând-o cu tonul prietenos al unui pastor de ţară: „Bună ziua, cum vă simţiţi?“ A mai stat puţin de vorbă cu ea şi-apoi, luând-o de mână, a îndemnat-o: „Ei, acum e timpul să ne dăm jos din pat.“ Şi am privit-o pe doamna McLaughlin cum se ridică, fără nici cea mai mică ezitare, cum îşi propteşte picioarele de podea şi exclamă: „Până la urmă, n-a fost chiar atât de rău.“

Începusem perioada de rezidenţiat ca să deprind tainele chirurgiei. Credeam că asta nu însemna altceva decât însuşirea unui repertoriu de mişcări şi de proceduri implicate de efectuarea unei operaţii sau de stabilirea unui diagnostic. De fapt, mai era vorba şi despre deprinderea manierei delicate de comunicare cu pacienţii în momentele când trebuia luată o decizie – o activitate care, uneori, impunea familiarizarea cu propriul ei registru de gesturi şi tehnici de lucru.

Imaginaţi-vă că sunteţi medic. Vă aflaţi în cabinetul dumneavoastră de la clinică – unul dintre spaţiile acelea înguste şi neconfortabile, iluminate cu neon, având ca elemente de „decor“ doar un poster cu o reproducere după Matisse, o cutie cu mănuşi de cauciuc aşezată pe un raft şi o masă de consultaţii rece, cu suprafaţa capitonată, situată în centrul încăperii – şi examinaţi o pacientă cu vârsta de aproximativ patruzeci de ani. Are doi copii, iar partenerul ei de viaţă lucrează la o firmă de avocatură din centru. Dacă avem în vedere împrejurările care-o aduseseră acolo şi faptul că purta doar un halat de hârtie, reuşea să-şi ţină cumpătul destul de bine. Când îi palpaţi sânii nu distingeţi nici o formaţiune sau anomalie.

Înainte de-a veni la dumneavoastră făcuse o mamografie şi acum citiţi raportul radiologului, în care scria: „Vagi calcificări punctiforme, grupate în cadranul superior extern al sânului stâng, neevidenţiate clar de examinarea anterioară. Se recomandă biopsie, pentru a exclude posibilitatea prezenţei unei tumori maligne.“ În traducere: au apărut semnale de alarmă, care ar putea însemna cancer mamar.

Îi daţi vestea. Îi spuneţi că din datele pe care le aveţi rezultă necesitatea efectuării unei biopsii. Îi scapă un geamăt uşor, după care îşi reia stăpânirea de sine. „Ori de câte ori vin să mă consultaţi, găsiţi ceva de biopsiat“, spune pacienta. De trei ori în ultimii cinci ani, mamograma anuală indica existenţa unei zone de calcificări „suspecte“. De trei ori a fost condusă de chirurg în sala de operaţie, unde i-a prelevat o probă din acel ţesut. Şi tot de trei ori, examenul microscopic al medicului anatomopatolog a dovedit că formaţiunile în speţă erau benigne. „Chiar nu ştiţi când să vă opriţi“, spune femeia. „Indiferent ce sunt acele puncte care tot apar mereu, s-a văzut clar că sunt normale.“ Face o pauză şi vă comunică decizia pe care-a luat-o. „N-o să mai fac încă o nenorocită de biopsie“, zice şi se ridică, pregătindu-se să se îmbrace.

O lăsaţi să plece? N-ar fi o nesăbuinţă din partea dumneavoastră. În fond, e o persoană în toată firea. Iar biopsia nu e chiar o procedură minoră. Pe suprafaţa sânului stâng se văd cicatricile intervenţiilor anterioare – una dintre ele are o lungime de aproape 7,5 cm. I se prelevase suficient de mult ţesut ca să se observe că sânul stâng devenise mai mic decât cel drept. Şi, este-adevărat, există mulţi doctori care apelează prea frecvent la biopsie, excizând porţiuni de ţesut mamar în cazul celei mai minore suspiciuni. Pacienţii sunt, uneori, îndreptăţiţi să solicite mai insistent explicaţii sau o a doua opinie.

Cu toate acestea, calcificările respective nu sunt date echivoce. În general, ele indică realmente prezenţa unui cancer –

chiar dacă nu se confirmă întotdeauna – şi, de regulă, este vorba de un stadiu incipient, ce poate fi tratat. Acum, dacă ar fi să dăm o interpretare a ceea ce înseamnă să deţii controlul asupra propriei vieţi, oamenilor trebuie să li se permită să greşească. Când însă sunt în joc mize atât de mari şi o alegere proastă poate avea consecinţe ireversibile, medicii resping ideea de-a rămâne pasivi. E momentul în care sunt tentaţi să insiste.

Aşadar, insistaţi! Pacienta dumneavoastră e gata să iasă pe uşă. Aţi putea s-o opriţi din drum şi să-i spuneţi că face o mare greşeală; să-i ţineţi un discurs serios cu privire la cancer; să-i arătaţi cât de falsă era presupunerea că, dacă trei biopsii succesive erau negative, cea de-a patra nu putea fi decât tot negativă. Şi, indiferent ce alternativă aţi alege, i-aţi pierde încrederea. Scopul dumneavoastră nu este să-i dovediţi cât de mult greşeşte. Scopul este să-i oferiţi şansa de-a ajunge singură să se răzgândească.

Iată ce-am observat că fac doctorii buni. Nu se reped imediat să-şi spună părerea. Rămân în expectativă o vreme şi-i lasă femeii răgazul să se îmbrace. O conduc până în biroul lor, ca să stea de vorbă în tihnă, într-un cadru mai prietenos şi mai puţin antiseptic – cu scaune confortabile în loc de acea masă dură, cu un covor colorat în loc de linoleum. Şi, adesea, nu se cufundă în fotoliul din spatele impunătorului birou din lemn de stejar, ci îşi trag un scaun şi se aşază lângă pacienta lor. Cum îmi zicea cândva un profesor de chirurgie, când stai aproape de bolnav, pe acelaşi nivel cu el, nu mai eşti acel doctor grăbit, cu aerul de şef, care n-are niciodată timp de vorbe; iar pacientul nu se mai simte aşa de constrâns şi capătă sentimentul că sunteţi de aceeaşi parte a baricadei cu el.

Nici chiar atunci, mulţi medici nu încep să-şi exprime grija excesivă sau să aducă tot felul de argumente. Dimpotrivă, unii îşi angrenează pacienţii în ceea ce poate părea o conversaţie ciudată, aproape stereotipă, repetând, practic, cuvânt

cu cuvânt, vorbele acestora. „Vă înţeleg punctul de vedere", ar putea spune. „De fiecare dată când veniţi la consultaţie, găsim ceva de biopsiat. Contururile observate pe mamografie se dovedesc mereu normale, dar tot facem biopsii." Mulţi doctori nu mai spun aproape nimic altceva până când nu sunt întrebaţi. Indiferent dacă este considerată o stratagemă sau, pur şi simplu, o manieră deschisă de abordare a pacienţilor, o asemenea atitudine dă rezultate, oricât ar părea de uimitor, în nouă din zece cazuri. Oamenii simt că sunt ascultaţi şi le place să constate că au avut prilejul să-şi exprime convingerile şi temerile. În acel moment e posibil ca, în sfârşit, să dea curs pornirii de-a pune întrebări, de a-şi face auzite îndoielile, chiar de a face apel la propria lor logică. Şi, odată ce se întâmplă aşa, tind să devină cooperanţi.

Mulţi sunt în continuare reticenţi, iar când medicii consideră realmente că cineva se expune unui risc major, ei adoptă alte tactici, ce nu depăşesc limitele decenţei. Uneori fac apel la întăriri. Ar putea întreba „Să chemăm radiologul, ca să vedem ce părere are, de fapt?" sau „Cei din familia dumneavoastră sunt în sala de aşteptare. De ce nu-i invitaţi înăuntru?" Ar putea, la fel de bine, să-i lase pacientului timp „să se mai gândească", ştiind că, deseori, oamenii oscilează şi-şi schimbă punctul de vedere. Alteori recurg la tactici mai subtile. Am văzut odată un doctor care avea de-a face cu un bolnav cardiac foarte încăpăţânat: când i-a propus să renunţe la fumat, nici n-a vrut să audă de aşa ceva; n-a mai scos nici un cuvânt, arătându-şi, fără rezerve, profunda dezamăgire. S-au scurs şaizeci de secunde, după ceas. Când sunt consultaţi de un medic atent, grijuliu şi, da, uneori dibaci, puţini pacienţi „aleg", până la urmă, să nu-i urmeze recomandarea.

Este însă profund eronat să considerăm că această chestiune ţine doar de arta manipulării pacienţilor: poate că este

vorba de altceva când îi vedeţi că se predau în faţa autorităţii doctorului. Noua orientare în ceea ce priveşte autonomia pacientului este nevoită să recunoască o realitate surprinzătoare: adesea, pacienţii nu-şi doresc libertatea pe care le-o acordăm. Mai precis, le pare bine că le este respectată autonomia, dar a face uz de acest drept înseamnă să fie capabili să renunţe la el. Astfel, pacienţii preferă, de regulă, să transfere altora responsabilitatea luării deciziilor medicale. Conform unui studiu, în cadrul căruia s-a constatat că 64% dintre participanţii selectaţi din rândul publicului obişnuit credeau că vor să-şi aleagă singuri tratamentul dacă ar urma să le fie depistat un cancer, numai 12% dintre persoanele cărora li s-a stabilit un asemenea diagnostic doreau cu adevărat acest lucru.

N-am înţeles decât recent cum funcţionează un astfel de mecanism. Fiica mea cea mică, Hunter, s-a născut cu cinci săptămâni înainte de termen şi abia cântărea cu puţin peste două kilograme, iar după numai unsprezece zile de la venirea ei pe lume a încetat să mai respire. Sosise acasă de o săptămână şi era bine. În acea dimineaţă însă, se trezise foarte agitată şi-i curgea nasul. La o jumătate de oră după alăptare, a început să respire precipitat şi zgomotos. Deodată, n-a mai respirat. Soţia mea, cuprinsă de panică, a sărit imediat în picioare şi-a încercat s-o trezească, iar Hunter a început să respire din nou. Am alergat amândoi într-un suflet cu ea la spital.

În cincisprezece minute eram deja într-o sală de consultaţii mare, luminoasă, din cadrul secţiei de primiri urgenţe. Cu masca de oxigen pe faţă, starea lui Hunter nu era încă stabilă – avea în continuare peste şaizeci de respiraţii pe minut, ceea ce-i consuma întreaga energie; de îndată ce nivelul de oxigen din sânge i s-a normalizat, a reuşit să respire singură. Doctorii nu erau siguri ce anume îi provocase simptomele. Putea să fie vorba de un defect cardiac, de o infecţie bacteriană

sau de un virus. I-au făcut radiografii, analize de sânge şi de urină, i-au prelevat lichid cefalorahidian. Suspectau – corect, aşa cum avea să se confirme – prezenţa unui virus respirator banal, căruia plămânii ei, atât de mici şi de imaturi, nu-i putuseră face faţă. Dar rezultatele analizelor de laborator urmau să fie gata abia peste două zile, aşa că au internat-o în secţia de terapie intensivă. În acea noapte, organismul ei începea să dea semne de epuizare. A avut mai multe episoade de apnee – perioade de până la şaizeci de secunde de oprire a respiraţiei, încetinire a bătăilor inimii, instalare a unei palori şi imobilităţi îngrijorătoare –, dar şi-a revenit de fiecare dată singură.

Trebuia luată o decizie. Era necesar să se recurgă la intubare, în vederea conectării la ventilator? Sau poate că era mai bine ca doctorii să aştepte mai întâi ca să vadă dacă îşi putea reveni fără asistenţă respiratorie? Ambele variante implicau riscuri. Dacă echipa de medici n-o intuba atunci, când situaţia era sub control, iar organsimul ei ar fi „cedat" – putea să nu se mai trezească după următoarea pauză respiratorie –, se impunea, cu siguranţă, o intubare de urgenţă, ceea ce era foarte dificil de realizat în cazul unui copil atât de mic. Era posibil să apară întârzieri, să nu fie introdus corect tubul de intubaţie sau, datorită unei erori de procedură, să survină un traumatism al căilor aeriene, ce ar fi provocat obstrucţia lor, iar lipsa oxigenului ar fi determinat, ulterior, afectarea creierului sau chiar moartea. Probabilitatea producerii unui asemenea dezastru era minoră, dar cât se poate de reală. Văzusem cu ochii mei astfel de cazuri. Pe de altă parte, nimeni nu vrea să conecteze pe cineva la un ventilator dacă nu este absolut necesar, cu atât mai puţin când e vorba de un copil mic. Apar frecvent efecte serioase şi prejudicii mari, precum pneumonia sau colapsul pulmonar, ca în cazul lui Lazaroff. Şi, aşa cum vă vor povesti şi oamenii care au trăit experienţa respiraţiei asistate de un aparat, o astfel de maşinărie pompează aerul

în şi din organismul dumneavoastră cu o forţă teribilă, iar senzaţia creată nu e deloc confortabilă. Se administrează şi sedative, dar asemenea medicamente produc şi ele complicaţii.

Aşadar, cine ar fi trebuit să facă alegerea? Din multe puncte de vedere, eu eram cel mai în măsură să decid asupra variantei optime. Eram tatăl pacientei, aşa că îmi păsa mai mult decât oricărui alt cadru medical de riscurile asumate. Şi, în plus, eram doctor, aşa că înţelegeam toate aspectele în speţă. Şi mai ştiam cât de des se întâmpla ca erorile de comunicare, surmenajul şi chiar supraestimarea propriei competenţe să-i determine pe medici să ia hotărâri greşite.

Cu toate acestea, când echipa medicală a venit la mine ca să-mi vorbească despre intubarea lui Hunter, voiam ca decizia să fie luată de ei, de acei doctori pe care nu-i mai văzusem niciodată până atunci. Expertul în etică Jay Katz şi alţi specialişti au discreditat un asemenea tip de dorinţă, etichetându-l drept „regresie infantilă". Mie însă o atare calificare mi s-a părut nemiloasă. Incertitudinile erau teribile şi nu puteam suporta ideea că exista riscul să greşesc. Chiar dacă aş fi dat curs deciziei de care eram sigur că este cea mai bună în cazul fiicei mele, n-aş fi putut să trăiesc sub povara vinovăţiei în situaţia în care ceva n-ar fi mers conform estimărilor. Unii cred că pacienţii ar trebui să fie presaţi să-şi asume responsabilitatea propriilor decizii. Dar situaţia putea fi interpretată şi ca un fel de paternalism abuziv. Pentru mine era vital ca responsabilitatea să apese pe umerii doctorilor: ei ar putea să suporte consecinţele, fie ele pozitive sau negative.

I-am lăsat pe medici să hotărască. Au decis fără ezitare – mi-au spus că nu o vor conecta pe Hunter la ventilator. După care, cu ochii roşii de oboseală şi stetoscoapele atârnate de gât, au trecut mai departe, către pacientul următor. Mă chinuia totuşi o întrebare: dacă voiam să fie luată cea mai bună decizie în cazul lui Hunter, oare soluţia optimă era,

într-adevăr, renunţarea la atât de greu câştigata autonomie? Carl Schneider, profesor de drept şi medicină la Universitatea din Michigan, a publicat recent o carte intitulată *The Practice of Autonomy* (*Exersarea autonomiei*), în care a examinat selectiv un noian de studii şi date referitoare la procesul de luare a deciziei medicale, efectuând până şi o analiză sistematică a relatărilor pacienţilor în legătură cu subiectul investigat. Autorul a constatat că, în cazul persoanelor bolnave, starea precară a sănătăţii nu le permitea, de cele mai multe ori, să ia decizii bune: erau mai mereu epuizate, nervoase, demoralizate sau abătute. Adesea, singura lor preocupare era să facă faţă durerilor, senzaţiei de greaţă şi oboselii; nu prea erau în stare să se gândească la decizii majore. Ştiam şi eu cât de adevărate erau acele constatări. Nici măcar nu eram eu pacientul, şi totuşi nu puteam să fac nimic altceva decât să veghez la căpătâiul lui Hunter, să mă frământ sau să mă cufund într-o activitate care să mă distragă. Nu aveam suficientă putere de concentrare, nici energia necesară pentru a evalua adecvat opţiunile terapeutice.

Schneider a observat că, fiind mai puţin implicaţi emoţional, doctorii erau capabili să adopte o atitudine obiectivă, nealterată de incertitudini, şi să judece lucrurile fără a fi influenţaţi de temeri sau de legături sentimentale. Particularităţile mediului ştiinţific în care lucrează le disciplinează mecanismele decizionale. Au, de asemenea, avantajul „raţionamentelor de grup“ – a acelor norme bazate pe stăpânirea temeinică a literaturii ştiinţifice de specialitate şi a practicii. Şi mai au experienţa necesară în acel domeniu, pe care eu, deşi sunt medic, nu am cum să-l cunosc la fel de bine ca doctorii lui Hunter, care trataseră, până atunci, atâtea cazuri similare cu al ei.

În cele din urmă, fiica mea a reuşit să supravieţuiască fără suportul ventilator, chiar dacă recuperarea ei era lentă şi, uneori, mai punea probleme. La un moment dat, la mai puţin

de douăzeci şi patru de ore după ce fusese transferată într-o secţie obişnuită, starea ei s-a înrăutăţit, determinându-i pe medici să o ducă înapoi la terapie intensivă, unde au ţinut-o timp de zece zile. Iar ulterior, a mai stat încă două săptămâni în spital. Dar am luat-o acasă într-o formă excelentă.

E o artă să fii doctor, însă e o artă să fii şi pacient. Ai nevoie de mult discernământ când vine vremea să te hotărăşti dacă vei adopta o atitudine docilă sau, dimpotrivă, una refractară. Chiar şi atunci când decid să nu decidă, pacienţii ar trebui să le pună întrebări doctorilor şi să insiste să li se ofere explicaţii. I-aş fi putut lăsa pe medicii lui Hunter să preia controlul, dar i-am determinat să-mi prezinte un plan foarte clar pentru situaţia în care organismul ei ar fi cedat. Mai târziu, mă îngrijora faptul că temporizau prea mult momentul introducerii hranei – nu i se dăduse nimic să mănânce timp de peste o săptămână, aşa că i-am asaltat cu întrebări, voind să aflu de ce. Când au deconectat-o de la ventilator, în cea de-a unsprezecea zi de spitalizare, m-am enervat. I-am întrebat ce era rău în a o menţine pe ventilaţie artificială. Sunt convins că eram încăpăţânat, uneori până la absurd. Faceţi tot ce puteţi ca să evaluaţi cât mai obiectiv atât atitudinea cadrelor medicale care vă îngrijesc cât şi propria dumneavoastră situaţie, încercând, pentru binele dumneavoastră, să nu fiţi nici prea pasiv, nici prea insistent.

Rămâne totuşi o problemă nelămurită: dacă şi doctorii, şi pacienţii sunt suspuşi greşelilor, atunci cine ar trebui să ia decizii? Vrem să avem o regulă clară. Aşa că am hotărât ca pacienţii să fie arbitrii finali. O reglementare atât de strictă pare a fi însă neavenită deopotrivă pentru relaţia medic-pacient şi pentru contextul real al îngrijirii medicale, în care trebuie luate rapid sute de decizii. O mamă a intrat în travaliu: este indicat ca doctorul să-i dea hormoni pentru stimularea

contracţiilor? Este necesară ruperea apei? Dar administrarea unei anestezii epidurale? Dacă este, într-adevăr, indicată, atunci în ce etapă a travaliului este ea oportună? E nevoie de antibiotice? Cât de des trebuie să i se verifice unei mame tensiunea arterială? Este utilă folosirea forcepsului de către doctor? Se impune efectuarea unei episiotomii? Dacă travaliul nu e suficient de rapid, este cazul să se recurgă la o operaţie cezariană? Nici medicul, nici pacientul n-ar trebui să ia astfel de decizii. În relaţiile dintre ei se impune instituirea unei proceduri individualizate – un *modus operandi* pentru fiecare în parte.

Mulţi specialişti în etică greşesc abordând chestiunea autonomiei pacientului ca pe un soi de valoare fundamentală în medicină, în loc să o perceapă doar ca pe un element la fel de important ca şi altele. Schneider a observat că, în relaţia lor cu doctorii, pacienţii pun cel mai mare preţ nu pe autonomia *per se*, ci pe competenţa şi pe serviabilitatea celor care-i îngrijesc. Iată însă că, deseori, atitudinea binevoitoare a medicului implică respectarea autonomiei bolnavilor, garantarea dreptului lor de-a deţine controlul asupra hotărârilor vitale. Şi mai poate presupune fie preluarea poverii deciziilor dificile, dacă pacienţii nu vor să le ia ei înşişi, fie ghidarea lor în direcţia cea bună, atunci când sunt dispuşi să-şi ia soarta în propriile mâini. Chiar şi în această din urmă situaţie, există momente în care cea mai potrivită cale de a-ţi arăta solicitudinea faţă de bolnavi constă în abordarea unei atitudini ferme şi insistente în acelaşi timp, convingându-i fie să accepte o operaţie sau o terapie de care le e teamă, fie, dimpotrivă, să renunţe la un tratament chirurgical ori medicamentos în care-şi puseseră toate speranţele. Numeroşi specialişti în etică sunt de părere că un asemenea model de raţionament este neadecvat şi că medicina va continua să se lupte cu modul în care pacienţii şi doctorii ar trebui să ia decizii. Cum însă

înregistrează o complexitate fără precedent şi o largă deschidere către noile tehnologii, domeniul medical are ca principal obiectiv nu ostracizarea paternalismului, ci menţinerea solicitudinii.

Şi-acum, încă un caz, tot din perioada primului meu an de rezidenţiat. Pacientul – îl voi numi domnul Howe – avea vreo treizeci de ani, era solid, chel şi avea un aer tăcut, stângaci. Încercam, în timp ce vorbea, să-mi fac o idee despre modul lui de viaţă şi mi-l imaginam ca pe un individ cu o muncă solitară, poate de programator sau de contabil. Se afla în spital datorită unei infecţii severe ale vezicii biliare, ce necesitase intervenţie chirurgicală. Ori de câte ori îl vedeam, avea privirea tristă a unei persoane private de libertate şi nu întreba niciodată nimic. Abia aştepta să iasă din spital.

Într-o după-amiază târzie de sâmbătă, să fi fost cam la trei zile după operaţie, am primit un apel pe pager de la asistenta care-l supraveghea. Făcuse un puseu de febră şi avea dificultăţi în respiraţie. Mi-a spus că nu arăta deloc bine.

Aşa şi era: transpira abundent, avea faţa congestionată şi ochii larg deschişi. Stătea cu corpul aplecat înainte, proptit pe braţele solide, respirând foarte greu. Avea o mască de oxigen, dar, deşi era reglată pentru un debit maxim, valorile afişate de pulsoximetru abia indicau concentraţii ale oxigenului în sânge apropiate de cele normale. Ritmul cardiac era de peste o sută de bătăi pe minut, iar tensiunea arterială mult prea scăzută.

O avea alături pe soţia lui – o femeie micuţă de înălţime, slabă, palidă, cu un păr negru, căzându-i moale pe umeri – care se legăna de pe un picior pe celălalt şi-şi ţinea braţele strâns încrucişate la piept. L-am examinat pe domnul Howe, i-am recoltat sânge pentru analize şi am rugat-o pe asistentă

să-i administreze intravenos o doză mare de fluid, încercând, în tot acest răstimp, să arborez un aer degajat şi ferm. Am ieşit apoi pe hol, ca s-o chem în ajutor pe K., rezidenta-şefă.

Când a răspuns apelului meu de pager, i-am relatat cazul în cele mai mici detalii. Cred că are o infecţie, i-am spus. Uneori, o infecţie bacteriană trece în sânge şi induce o reacţie sistemică foarte serioasă: febră mare şi dilatarea vaselor sangvine periferice, ceea ce provoacă înroşirea pielii, scăderea tensiunii arteriale şi accelerarea ritmului cardiac. O astfel de infecţie poate apărea, de regulă, după o intervenţie chirurgicală abdominală, ca urmare a infectării post-operatorii a plăgii. Dar în cazul lui, zona de incizie nu era nici roşie, nici umflată sau caldă, iar domnul Howe nu avea nici dureri abdominale. Plămânii lui, în schimb, funcţionau aidoma unei maşini de spălat – asta era senzaţia pe care am avut-o când l-am auscultat cu stetoscopul. Poate că tot acest dezastru fusese declanşat de o pneumonie.

K. a venit imediat. Împlinise de curând treizeci de ani, avea aproape un metru şi optzeci de centimetri înălţime, părul blond, tuns scurt şi o alură atletică, debordând de energie. După ce i-a aruncat o privire lui Howe, i-a şoptit asistentei să ţină la îndemână kitul de intubare. Începusem să-i administrez antibiotice, iar fluidele îi ameliorară puţin presiunea arterială, dar era în continuare pe debit maxim de oxigen şi făcea eforturi mari să respire. K. s-a apropiat de el, i-a pus o mână pe umăr şi l-a întrebat cum se simte. I-a luat câteva clipe până ce a reuşit să-i răspundă. „Bine“, a zis Howe – un răspuns prostesc la o întrebare la fel de prostească, dar era un fel de-a înjgheba o conversaţie. K. i-a explicat care era situaţia: avea o infecţie, cel mai probabil era vorba de pneumonie şi exista riscul ca, înainte de-a începe să se simtă mai bine, starea lui să se înrăutăţească. I-a mai spus că

antibioticele aveau să rezolve problema, dar nu imediat, şi că va fi, foarte curând, epuizat. Ca să treacă în cele mai bune condiţii de etapele neplăcute, va fi necesar să-l adoarmă, să-l intubeze şi să-l conecteze la un aparat de respiraţie.

„Nu", a rostit Howe, cu mare greutate, şi s-a ridicat brusc. „Nu mă … legaţi … de o … maşinărie."

Nu va dura mult, l-a încurajat K. Poate doar două zile. O să-i dăm sedative, ca să-i asigurăm permanent o stare cât mai confortabilă. Şi – voia să fie sigură că pacientul o înţelegea – fără a fi asistat de ventilator, ar muri.

Domnul Howe a scuturat din cap. „Fără … maşinărie!"

Luase o decizie proastă, după părerea noastră – de frică sau, poate, fiindcă nu înţelesese în ce situaţie era. Aveam toate motivele să credem că tratamentul cu antibiotice şi suportul respirator de înaltă performanţă urmau să-i asigure o recuperare completă. Howe avea o mulţime de motive ca să-şi dorească să trăiască – era tânăr şi, lăsând la o parte problemele actuale, se bucura de o sănătate robustă, avea soţie şi copil. Aparent, aşa considera şi el, pentru că altfel n-ar fi fost de acord să facă operaţia iniţială. Dacă n-ar fi fost atât de îngrozit de momentele prin care trecea, ne gândeam noi, ar fi acceptat tratamentul. Puteam oare să fim siguri că avem dreptate? Nu, dar dacă aveam, puteam să-l lăsăm să moară, pur şi simplu?

K. s-a uitat spre soţia lui Howe, care era paralizată de teamă şi, încercând s-o câştige de partea noastră, a întrebat-o ce credea că ar trebui să facă soţul ei. Femeia a izbucnit în lacrimi. „Nu ştiu, nu ştiu", rostea, printre sughiţuri de plâns. „Nu-l puteţi salva?" Şi, nemaiputând suporta presiunea momentului, a ieşit din salon. K. şi-a continuat, minute-n şir, pledoaria în faţa lui Howe. Când s-a lămurit că n-o va scoate la capăt, s-a dus să-i telefoneze acasă chirurgului curant şi s-a întors. În foarte scurt timp, starea lui Howe a început,

într-adevăr, să se agraveze. Stătea întins pe spate, era palid, părul ud de transpiraţie i se lipise de creştetul capului, iar monitorul arăta o scădere continuă a valorilor concentraţiei de oxigen din sânge. A închis ochii şi şi-a pierdut treptat cunoştinţa.

Atunci, K. a intervenit prompt. I-a lăsat lui Howe capul pe spate până ce a ajuns la orizontală, ca şi restul corpului. I-a solicitat unei asistente să aducă un tranchilizant şi să i-l administreze intravenos. I-a aplicat apoi pacientului o mască facială, prin care i-a pompat oxigen în plămâni. I-am dat echipamentul de intubare şi a reuşit, dintr-o singură încercare, să-l introducă în tubul endotraheal. Am rulat apoi patul cu totul, spre lift, ca să-l ducem pe Howe în secţia de terapie intensivă.

Ceva mai târziu, am găsit-o pe soţia lui şi i-am explicat că-l mutasem pe domnul Howe la terapie intensivă ca să-l conectăm la ventilator. Fără o vorbă, a pornit într-acolo, să-l vadă.

În cursul următoarelor douăzeci şi patru de ore, plămânii lui funcţionau din ce în ce mai bine. I-am mai redus sedativele şi i-am retras suportul ventilator. S-a trezit, a deschis ochii şi a sesizat tubul endotraheal. N-a opus nici un fel de rezistenţă.

„O să vă extrag acum tubul din gură, bine?“ l-am anunţat. A dat din cap în sens afirmativ. Am desprins legăturile şi am dezumflat manşeta balonului, prin care fusese fixat tubul. L-am extras, iar pacientul a tuşit puternic, de mai multe ori la rând. „Aţi avut pneumonie“, i-am spus, „dar acum sunteţi bine.“

N-am mai scos nici un cuvânt timp de câteva clipe, aşteptând cu nerăbdare să-i văd reacţia. A înghiţit cu greutate, tresărind involuntar, datorită uscăciunii gâtului. M-a privit şi, cu o voce răguşită, dar fermă, mi-a zis: „Mulţumesc.“

Cazul piciorului roşu

Însoţindu-l pe unul dintre profesorii mei de chirurgie la contravizita de după-amiază, am fost surprins să constat cât de des răspundea „Nu ştiu“ la întrebările adresate de bolnavii internaţi în clinica sa. Sunt doar două cuvinte, atât de simple, pe care medicii însă sunt tentaţi adesea să nu prea le rostească. Ni se pretinde să avem răspunsuri la toate întrebările. Vrem să le avem. Dar în acea zi, n-a fost nevoit să spună cele două cuvinte doar accidental, unei singure persoane.

A fost, mai întâi, pacientul care fusese internat din nou, la două săptămâni de la efectuarea unei operaţii de corectare a herniei abdominale: „De ce am acea durere în zona tăieturii?“

A urmat persoana care revenise după o lună de la intervenţia de bypass gastric: „De ce n-am slăbit deloc până acum?“

A mai fost şi bolnava care avea o tumoră pancreatică de mari dimensiuni: „Puteţi să mi-o scoateţi?“

Tuturor însă, le-a dat acelaşi răspuns: „Nu ştiu.“

Orice medic trebuie să aibă totuşi un plan. Aşa că, pacientului operat de hernie i-a spus: „Vă rog să reveniţi peste o săptămână şi să vedem atunci dacă vă mai doare.“ Pe cea cu bypass gastric a încurajat-o: „O să fie bine“; şi i-a recomandat să revină luna următoare. Iar suferindei de cancer i-a zis: „Putem încerca s-o extirpăm“ – şi, deşi un alt chirurg fusese de părere că nu era cazul (având în vedere aspectul imagistic al tumorii, aprecia colegul de breaslă, operaţia ar fi hazardată şi riscantă), iar el însuşi credea că şansele de

reuşită erau, cel mult, minime, a decis, de comun acord cu pacienta (care abia împlinise patruzeci de ani şi avea patru copii minori acasă), să meargă până la capăt.

Cea mai complicată problemă cu care se confruntă medicina – din cauza căreia statutul de pacient devine atât de dureros, cel de doctor, atât de dificil, iar cel de membru al unei societăţi obligate să plătească taxele pe care le acumulează, atât de exasperant – este incertitudinea. Poate că e greu să-i sesizăm implicaţiile cele mai profunde, în condiţiile în care am ajuns la un asemenea grad avansat de cunoaştere a oamenilor, a bolilor lor şi a modalităţilor de diagnostic şi tratament ale acestora. Un doctor îşi dă seama însă că latura cea mai dificilă a îngrijirii pacienţilor constă, mult mai adesea, în confruntarea sa permanentă cu ceea ce nu ştie decât cu ceea ce ştie. Condiţia de bază a medicinei este incertitudinea, iar abordarea individualizată a acesteia, indiferent dacă este vorba de pacienţi sau de doctori, defineşte noţiunea de discernământ.

Iată, în continuare, istorisirea modului în care a fost luată o decizie într-un context marcat de incertitudine.

Era ora două, în după-amiaza unei zile de marţi a lunii iunie. Ajunsesem la jumătatea unui stagiu de şapte săptămâni la urgenţă, în cadrul perioadei finale de rezidenţiat în chirurgie. Tocmai completasem formularul de spitalizare a unui pacient cu infecţie a colecistului şi mă pregăteam să ies puţin ca să mănânc ceva, când m-a oprit unul dintre medicii de urgenţă, rugându-mă să mai consult încă un pacient: o tânără în vârstă de douăzeci şi trei de ani, Eleanor Bratton, care avea un picior înroşit şi umflat. (Numele pacienţilor şi al colegilor din spital au fost schimbate.) „Probabil că e doar o celulită“ – o infecţie cutanată banală – „dar e un caz mai serios“, mi-a spus. Începuse să-i administreze intravenos un tratament cu antibiotice şi a internat-o în secţia medicală.

Voia însă să o consult şi eu, ca să se asigure că nu era nici o problemă „chirurgicală“ – un abces ce necesita drenaj sau altceva de acest fel. „Eşti amabil să te uiţi puţin?“ Mormăi. Nu. Sigur că nu.

Pacienta se afla în secţia de observare, un compartiment separat, mai liniştit, din cadrul departamentului de urgenţe, unde putea să beneficieze de perfuzii cu antibiotice, în aşteptarea unui loc liber într-un salon de la etaj. Cele nouă paturi ale secţiei, dispuse în semicerc, sunt separate între ele printr-o draperie albastră, subţire. Am găsit-o în patul nr. 1. Avea un aer sănătos, atletic, aproape adolescentin, un păr blond strâns într-o coadă de cal şi unghii lăcuite în galben. Era cu ochii aţintiţi la un televizor. Nu părea câtuşi de puţin să aibă vreo afecţiune gravă. Acoperită cu un cearşaf până la talie, stătea întinsă într-o poziţie confortabilă, având capul patului ridicat. Mi-am aruncat privirea peste foaia de observaţie şi am văzut că semnele vitale erau bune, nu avea febră şi nici probleme medicale în antecedente. Am făcut câţiva paşi spre patul ei şi m-am prezentat: „Bună ziua, sunt doctorul Gawande. Sunt rezident în ultimul an la chirurgie. Cum vă simţiţi?“

„Sunteţi de la chirurgie?“ m-a întrebat, cu un aer ce exprima deopotrivă uimire şi îngrijorare. M-am străduit s-o liniştesc. Medicul de la urgenţă a fost „doar prudent“, i-am zis, „şi a vrut să vă văd ca să se asigure că nu e decât o celulită“. Tot ce intenţionam să fac era să-i pun câteva întrebări şi să-i examinez piciorul. Putea să-mi spună ce se întâmplase? Nu mi-a răspuns imediat, încercând în continuare să înţeleagă ce se petrecea. A suspinat apoi şi a început să-mi povestească.

În weekendul cu pricina se dusese acasă, la Hartford, Connecticut, ca să participe la o nuntă. (Cu un an înainte se mutase la Boston, împreună cu nişte prietene; absolvise cursurile universitare în cadrul Ithaca College, iar în prezent se ocupa de organizarea conferinţelor de lucru pentru o firmă

de avocatură din centrul oraşului.) Petrecerea de nuntă fusese grandioasă, iar ea îşi scosese pantofii din picioare ca să poată dansa întreaga noapte. A doua zi dimineaţă însă, s-a trezit cu o durere la piciorul stâng. Pe partea superioară a labei piciorului avea o băşică, apărută cu o săptămână în urmă, datorită unor sandale nenorocite pe care le purtase, iar acum a observat că pielea din jurul ei era înroşită şi umflată. La început, nu prea i-a acordat importanţă. Când i-a arătat piciorul şi tatălui ei, acesta şi-a dat cu părerea că, poate, o înţepase o albină sau ceva pe care călcase în timpul dansului. În cursul aceleiaşi după-amiezi însă, pe drumul de întoarcere spre Boston, i-a spus prietenului ei: „Piciorul ăsta începe să mă chinuie groaznic.“ Roşeaţa s-a extins, iar pe parcursul nopţii au cuprins-o frisoanele şi transpiraţiile – făcuse o febră de aproape patruzeci de grade. A luat din patru în patru ore ibuprofen, care i-a scăzut temperatura, dar n-a avut nici un efect asupra durerii, ce devenise şi mai puternică. Până dimineaţa, i se înroşise jumătate din gambă, iar laba piciorului i se umflase atât de tare, încât abia îi mai putea încăpea într-un pantof lejer de tenis.

Şi-a făcut programare la doctor şi, în după-amiaza aceleiaşi zile, păşea şchiopătând, sprijinită de umărul prietenului ei, în cabinetul medicului internist, care i-a stabilit diagnosticul de celulită. Aceasta este cea mai banală infecţie a ţesuturilor moi, subcutanate, provocată de trecerea (printr-o tăietură, o veziculă umplută cu lichid, prin înţepare ori altceva asemănător), dincolo de bariera naturală a organismului reprezentată de piele, a celor mai obişnuite bacterii din mediul înconjurător şi proliferarea lor în noile condiţii ambientale. Ca urmare, pielea devine roşie, fierbinte, umflată şi dureroasă; apar o stare de rău, pusee de febră, iar infecţia se poate propaga rapid la nivelul pielii – exact manifestările pe care le avea Eleanor. Doctoriţa i-a indicat şi efectuarea unei radiografii,

ca să se asigure că nu era şi osul afectat. Mulţumită că nu era nici o problemă din acest punct de vedere, i-a administrat pe loc pacientei, intravenos, o doză de antibiotice, apoi o injecţie antitetanos şi i-a dat o reţetă pentru o cură de o săptămână cu antibiotice. O asemenea schemă terapeutică era, în general, suficientă în cazurile de celulită, i-a zis doctoriţa, dar a menţionat că existau şi excepţii. A trasat apoi, cu un marker rezistent, conturul zonei înroşite de pe suprafaţa gambei lui Eleanor. I-a recomandat ulterior ca, în situaţia în care roşeaţa s-ar fi extins dincolo de linia de demarcaţie, să-i dea telefon. Şi, indiferent de cum evoluau lucrurile, să vină a doua zi la control.

În dimineaţa următoare – chiar în această dimineaţă adică –, când s-a trezit, Eleanor a observat că roşeaţa depăşise zona delimitată cu negru şi migrase spre coapsă, iar durerea era mai insuportabilă ca oricând. I-a telefonat doctoriţei, care i-a spus să meargă la urgenţă, explicându-i că era necesar să se interneze în spital ca să urmeze o cură completă de antibiotic cu administrare intravenoasă.

Am întrebat-o pe Eleanor dacă i se prelevase vreo probă de puroi din picior sau dacă i se făcuse un drenaj. Nu. Sesizase vreun miros greu sau o înnegrire a pielii? Nu. Îi apăruse vreo ulceraţie cutanată? Nu. Mai avea febră? Nu, nu mai avea de două zile. Am prelucrat rapid în minte informaţiile primite. Toate convergeau spre diagnosticul de celulită. Ceva totuşi mă alerta.

I-am cerut tinerei permisiunea să văd şi eu erupţia cutanată. Şi-a dat la o parte cearşaful. Piciorul drept arăta foarte bine. Cel stâng, în schimb, era roşu – o nuanţă intensă, cu un aspect uniform, îngrijorător – pe o zonă extinsă: de la nivelul părţii superioare a labei piciorului, urca pe gambă şi, trecând de conturul trasat cu markerul în ziua precedentă, se extinsese, parţial, şi spre partea interioară a coapsei. Conturul era

clar delimitat. Pielea era fierbinte şi moale la palpare. Vezicula de pe partea superioară a labei piciorului era mică, iar ţesutul cutanat adiacent era uşor învineţit. Nu erau afectate degetele mari, pe care le putea mişca fără dificultate. Mult mai greu îi era să-şi mişte piciorul – i se îngroşase, fiind umflat de la gleznă în sus. Nu avea nici un fel de rană deschisă sau purulentă.

Aspectul erupţiei cutanate era identic cu cel observat într-un caz tipic de celulită, care putea fi rezolvat, de regulă, cu tratament antibiotic. În mintea mea se cuibărise însă şi o altă posibilitate – numai gândul la ea mi-a provocat fiori de groază. Totuşi, nu avea un temei logic. Şi eram perfect conştient de acest fapt.

Este de presupus că, în medicină, luarea deciziilor se bazează pe observaţii concrete şi pe dovezi foarte bine fundamentate. Cu numai o săptămână în urmă însă, mă ocupasem de un caz pe care nu mi-l puteam alunga din gând. Era vorba de un bărbat sănătos, în vârstă de cincizeci şi opt de ani, care, de trei sau patru zile, avea o durere din ce în ce mai intensă în partea stângă a toracelui, sub braţ, unde prezenta o zgârietură provocată de o căzătură. (Din raţiuni ce ţin de păstrarea confidenţialităţii, unele detalii ce ar fi permis identificarea pacientului au fost modificate.) Ca să vadă despre ce era vorba, se adresase iniţial clincii ambulatorii a spitalului cel mai apropiat de domiciliul lui. S-a constatat că avea, la nivelul toracelui, o mică erupţie cutanată, obişnuită şi i-a fost prescris un tratament cu antibiotice pentru celulită. În cursul nopţii, erupţia s-a extins cu peste douăzeci de centimetri. Dimineaţa a avut un puseu de febră de aproape patruzeci de grade. Până în momentul când a revenit la camera de gardă a spitalului, porţiunea de ţesut cutanat afectat devenise insensibilă la durere şi era acoperită de flictene. În foarte scurt timp, a

intrat în stare de şoc. A fost transferat la spitalul meu, unde l-am dus direct în sala de operaţie.

Nu avea celulită, ci un tip de infecţie foarte rar întâlnit şi cu un risc letal teribil, cunoscut sub numele de fasciită necrozantă. Tabloidele au scris despre ea că este o boală provocată de „bacteriile devoratoare de carne“, iar termenul nu este deloc o exagerare. Incizia cutanată pe care am efectuat-o ne-a dezvăluit imaginea unei infecţii extinse, cu mult mai gravă decât o prefigurau aparenţele. Toţi muşchii situaţi în partea stângă a toracelui, fie ei direcţionaţi spre spate, umăr sau abdomen, deveniseră, sub invazia bacteriană, cenuşii şi moi, fapt ce impunea excizarea lor. În acea primă zi, am fost nevoiţi să-i rezecăm până şi pe cei intercostali, aplicând procedura de toracotomie posterolaterală, cunoscută şi ca operaţie de tip „colivie“. A doua zi a trebuit să-i amputăm braţul. O vreme am avut impresia că l-am salvat. Nu mai avea pusee de febră, iar specialiştii în chirurgie plastică i-au reconstituit toracele şi peretele abdominal, prin transfer de muşchi şi bucăţi de goretex*. A apărut însă insuficienţa mai multor organe: rinichii, plămânii, ficatul şi inima au suferit, rând pe rând, o deteriorare progresivă. În cele din urmă, a murit. A fost unul dintre cele mai tulburătoare cazuri în care am fost implicat.

Iată ceea ce ştim despre fasciita necrozantă: este foarte agresivă şi avansează cu o rapiditate uluitoare. Ucide până la 70 % dintre cei pe care-i afectează. Nici unul dintre antibioticele cunoscute în prezent nu-i poate opri evoluţia. Cel mai adesea, infecţia este declanşată de o bacterie ce aparţine speciei *Streptococcus* – mai precis, un streptococ de grup A (identificat şi de noi, de altfel, în cultura de ţesut prelevat de la pacient). Este un microorgansim ce produce, de obicei,

---

* O membrană permeabilă din material plastic (n. tr.).

doar dureri în gât; există însă şi unele tulpini care au un potenţial patogen foarte accentuat, efectele lor asupra organismului uman fiind devastatoare. Nimeni nu ştie de unde apar asemenea tulpini microbiene. Ca şi în cazul celulitei, ele pătrund în piele prin plăgi cutanate cu dimensiuni ce variază de la cele ale unei incizii chirurgicale la mărimea unei tăieturi neînsemnate. (Din examinarea fişelor medicale ale pacienţilor s-a constatat că afecţiunea apăruse fie datorită unei leziuni determinate de contactul pielii cu o suprafaţă textilă abrazivă, de o înţepătură de insectă, de un pumn „amical" în braţ, de o tăietură într-o coală de hârtie, de varicelă, fie în urma recoltării unei probe de sânge sau a unei extracţii dentare; la multe persoane, nici măcar nu este posibilă identificarea porţii de intrare a agentului patogen.) În cazul de faţă, spre deosebire de cel al celulitei infecţioase, bacteriile nu invadează numai suprafaţa pielii, ci şi straturile ei profunde, avansând rapid spre straturile exterioare ale muşchilor (fasciile) şi devorând toate ţesuturile moi pe care le întâlnesc în cale (cele adipoase, musculare, nervoase şi conjunctive). Bolnavii au şanse de supravieţuire doar dacă se instituie precoce tratamentul chirurgical radical de excizie, ce necesită, frecvent, amputare. Oricum, de reţinut este faptul că reuşita, în astfel de cazuri, este condiţionată de intervenţia timpurie. Aproape întotdeauna, când apar indiciile sugestive ale unei invazii profunde – şocul, pierderea senzitivităţii, erupţia cutanată extinsă –, persoana afectată nu mai poate fi salvată.

În timp ce-i examinam piciorul lui Eleanor, aveam sentimentul că sunt cam deplasat dacă am în vedere un asemenea diagnostic – de parcă mi-ar fi trecut prin minte, fie şi numai pentru o clipă, faptul că în secţia de urgenţă îşi făcuse apariţia virusul ebola. Este adevărat că, în stadiile incipiente, o fasciită necrozantă poate avea un aspect identic cu cel al celulitei – aceleaşi caracteristici: roşeaţă, umflare, febră şi

număr crescut de leucocite. Dar există o veche zicală pe care am învăţat-o în timpul facultăţii: dacă auzi zgomot de copite în Texas, gândeşte-te la cai, nu la zebre. Pe întreg teritoriul SUA sunt înregistrate, anual, cu precădere la persoanele în vârstă care au şi boli cronice, doar circa o mie de cazuri de fasciită necrozantă, în timp ce numărul celor de celulită depăşeşte simţitor cota de *trei milioane*. În plus, Eleanor nu mai avea febră; nu avea aerul unei persoane suferinde; şi mai ştiu că mă lăsam influenţat de un caz izolat, recent, bazat strict pe propriile mele observaţii şi neverificat experimental. Ar fi fost extraordinar să avem la dispoziţie măcar un singur test capabil să diferenţieze cele două afecţiuni. Dar nu există nici unul. Singura modalitate prin care poate fi stabilit diagnosticul implică intrarea în sala de operaţie, incizarea pielii şi explorarea zonei expuse – nimeni nu vrea să propună în mod arbitrar o atare alternativă.

Iată însă că eu mă aflam exact într-o astfel de situaţie şi mă gândeam ce să fac.

I-am spus lui Eleanor, în timp ce-i acopeream din nou picioarele cu cearşaful: „Mă întorc într-un minut.“ M-am îndreptat spre un telefon cât mai îndepărtat de raza ei auditivă şi l-am căutat pe Thaddeus Studdert, specialistul în chirurgie generală care era de gardă în acea zi. Mi-a răspuns de la sala de operaţie. I-am descris cât am putut de repede caracteristicile cazului. I-am spus că erupţia cutanată se datora, cel mai probabil, unei banale celulite. Dar am menţionat şi posibilitatea ca diagnosticul să fie cel la care mă gândeam tot mai insistent: o fasciită necrozantă.

La celălalt capăt al firului s-a aşternut, pentru o clipă, tăcerea.

„Vorbeşti serios?“ m-a întrebat.

„Da“, i-am răspuns, încercând să nu fiu prea categoric. Am auzit ecourile vagi ale unui epitet scăpat printre dinţi. Mi-a zis că o să urce la mine imediat.

În timp ce închideam telefonul, l-am văzut pe tatăl lui Eleanor, un bărbat uşor încărunţit, de vreo cincizeci de ani, care venise să-i aducă un sendviş şi un pahar cu sifon. Sosise de dimineaţă, tocmai de la Hartford, şi stătuse cu ea toată ziua, dar când trecusem pe la ea ca s-o consult, ieşise, aşa cum avea să reiasă din discuţia ulterioară, ca să-i aducă ceva pentru masa de prânz. Când am văzut pachetul din mâna lui, m-am repezit să-i spun că nu era „încă" momentul s-o lăsăm să mănânce sau să bea ceva. Reacţia mea lăsa să se întrevadă dedesubturile situaţiei. Nu era deloc cea mai fericită manieră de-a mă prezenta. A fost de-a dreptul şocat de ceea ce auzise de la mine, fiindcă ştia că stomacul trebuie lăsat gol doar în situaţiile în care pacientul urma să fie operat. Am încercat să mai îndulcesc lucrurile, zicând că abţinerea de la consumul de alimente era doar „o procedură de rutină", pe care o aplicam numai până la finalizarea evaluării. Efectul vorbelor mele s-a stins însă când Eleanor şi tatăl ei l-au văzut intrând pe Studdert, echipat ca pentru operaţie, cu halat şi bonetă.

A invitat-o să-i povestească şi lui tot ce se întâmplase. I-a descoperit apoi piciorul, ca să-l examineze. Nu s-a arătat prea impresionat. Când am stat de vorbă numai noi doi, mi-a zis că, după părerea lui, acea erupţie cutanată era doar „o formă urâtă de celulită". Dar putea fi sigur că nu era fasciită necrozantă? Nu, nu putea. În medicină, este o realitate faptul că a decide să *nu* iei o anumită măsură – să nu indici un test, să nu administrezi un antibiotic, să nu operezi pacientul – este cu mult mai dificil decât a opta pentru luarea ei. Odată ce ţi s-a cuibărit în minte o ipoteză – mai ales una atât de înspăimântătoare ca aceea a fasciitei necrozante –, foarte greu mai renunţi la ea.

Studdert s-a aşezat pe marginea patului. Le-a spus, lui Eleanor şi tatălui său, că toate aspectele relatate de ea, simptomele

pe care le avea şi examenul clinic corespundeau diagnosticului de celulită şi era aproape sigur că despre asta era vorba. Exista, însă, şi o altă posibilitate, foarte, foarte rar întâlnită. Şi a continuat, pe un ton calm şi blând, să le explice efectele serioase şi dure ale fasciitei necrozante. Le-a pomenit despre „bacteriile devoratoare de carne", de rata alarmantă a mortalităţii, de rezistenţa la tratament, dacă se mergea exclusiv pe varianta administrării de antibiotice. „Cred că e foarte puţin probabil să ai aşa ceva", i-a spus lui Eleanor. „Aş zice că riscul ar fi" – a dat un procent la întâmplare – „cu mult sub cinci la sută." Dar, a continuat, „nu putem avea nici o certitudine dacă nu facem o biopsie". S-a întrerupt puţin, ca să le dea celor doi răgazul de-a se gândi la cele auzite. A început apoi să le explice în ce consta procedura – cum urma să preleveze o porţiune de circa doi centimetri şi jumătate din piele şi din ţesutul subcutanat de la nivelul părţii superioare a labei piciorului şi, poate, şi de la cel al gambei, în vederea examinării microscopice a probelor de către un medic anatomopatolog.

Eleanor a înlemnit. „E o nebunie", a spus. „Toată povestea asta n-are nici un sens." Avea un aer răvăşit, aidoma unei persoane aflate pe punctul de-a se îneca. „De ce să nu aşteptăm, mai întâi, să vedem dacă antibioticele dau rezultate?" Studdert i-a explicat că boala în speţă nu făcea parte din categoria celor care îţi permit să-i ajustezi tratamentul în timp, în funcţie de răspunsul organismului la medicaţie, ci trebuia acţionat rapid, dintr-un stadiu incipient, ca să ai o şansă s-o tratezi. Eleanor n-a zis nimic; doar şi-a scuturat capul, aţintindu-şi privirile spre cearşaful care-i acoperea picioarele.

Şi Studdert şi eu ne-am întors spre tatăl ei, ca să vedem dacă avea ceva de spus. Tăcuse în tot acest răstimp, stând în picioare lângă patul fiicei lui, încruntat, cu mâinile încrucişate la spate, ca un om care încearcă să-şi menţină poziţia

verticală într-o barcă aflată în mişcare. A vrut să afle detalii legate de procedurile specifice – cât urma să dureze biopsia (cincisprezece minute), ce riscuri implica (culmea ironiei, pericolul cel mai mare consta în producerea unei infecţii profunde a plăgii), dacă cicatricile aveau să dispară în timp (nu), când trebuia făcută, dacă se opta în favoarea ei (în cel mult o oră). Şi mai preocupat era să ştie ce urma să se întâmple în cazul în care biopsia confirma prezenţa bolii. Studdert şi-a reafirmat estimarea făcută iniţial, potrivit căreia un atare risc era mai mic de cinci procente. A mai spus că, în eventualitatea în care acea minimă suspiciune se dovedea a fi reală, vom fi obligaţi „să îndepărtăm tot ţesutul infectat". A ezitat o clipă, înainte de-a continua: „Ceea ce poate însemna chiar o amputare". Eleanor a izbucnit în plâns. „Nu vreau aşa ceva, tată!" Domnul Bratton îşi ascundea cu greu îngrijorarea. Avea privirile aţintite undeva, departe, la câţiva kilometri distanţă de locul unde ne aflam noi.

În ultimii ani, noi, cei care lucrăm în domeniul medicinei, am constatat cât de descurajantă este frecvenţa cu care s-a dovedit că greşim faţă de pacienţi. Ca să fiu mai explicit, chiar şi în situaţiile în care există toate cunoştinţele necesare adoptării celei mai adecvate conduite terapeutice, tot ni se întâmplă, de prea multe ori, să nu reuşim s-o punem în practică. Evidentele erori de execuţie de odinioară nu sunt deloc o raritate, iar în ceea ce priveşte deficienţele de sistem, defectele tehnologice şi lipsa de competenţă a celor care le determină, abia am început să le recunoaştem, aşa că perspectiva reducerii lor este încă foarte îndepărtată. Ca să nu mai vorbim de faptul că atâtea cunoştinţe teoretice foarte valoroase pur şi simplu nu au putut fi încă aplicate pe scară largă în practică. Se ştie, de pildă, că pentru pacienţii în cazul cărora este identificat un atac de cord, o simplă aspirină poate reprezenta

soluţia salvatoare, iar un număr şi mai mare de vieţi ar putea fi salvat prin administrarea pe loc a unui trombolitic – un medicament ce dizolvă cheagurile de sânge. Cu toate acestea, un sfert dintre cei cărora ar trebui să li se dea o aspirină nu o primesc şi jumătate dintre cei care ar putea beneficia de acţiunea salvatoare a unui trombolitic nu-l capătă. Pe ansamblu, proporţia în care medicii respectă recomandările diferitelor ghiduri terapeutice bazate pe date experimentale variază foarte mult: în unele zone ale ţării le aplică la 80% dintre pacienţi, în timp ce în altele, la mai puţin de 20% dintre ei. În numeroase sectoare ale medicinei nu există, nici în prezent, acea sistematizare a responsabilităţilor care să ne ofere garanţia că facem ceea ce ştim să facem.

Nu e nevoie decât să staţi puţin în preajma doctorilor şi a pacienţilor, ca să vedeţi că dificultatea cea mai mare şi mai dureroasă cu care se confruntă medicii este reprezentată de gradul, încă foarte ridicat, de incertitudine cu privire la ceea ce ar trebui făcut în multe împrejurări. Există un cuantum considerabil de „zone gri" în medicină, şi zi de zi ne confruntăm cu situaţii asemănătoare cu cea a lui Eleanor – în care, deşi nu avem la dispoziţie date ştiinţifice concludente referitoare la alternativele pe care le putem adopta, suntem nevoiţi să luăm decizii. Care dintre pacienţii cu pneumonie, de pildă, necesită spitalizare şi care pot fi trimişi acasă? Care dureri de spate impun tratament chirurgical şi pentru care sunt suficiente doar măsurile conservatoare? Care dintre pacienţii cu erupţii cutanate trebuie să fie abordaţi chirurgical şi care dintre ei au nevoie doar de supraveghere sub tratament cu antibiotice? Pentru numeroase cazuri, răspunsurile pot fi evidente. Pentru multe altele însă, pur şi simplu nu ştim care ar fi soluţia adecvată. Comisiile de experţi solicitate să reevalueze deciziile medicale curente au constatat că, într-un sfert dintre cazurile de histerectomie, într-o treime dintre intervenţiile

de introducere a unui tub în urechea pacienţilor copii şi în aceeaşi proporţie din numărul celor de inserare a unui stimulator cardiac (ca să luăm doar trei exemple), nu existau date ştiinţifice în baza cărora să se poată stabili dacă procedurile în vigoare erau benefice sau nu pentru fiecare dintre acei pacienţi în parte.

Atâta vreme cât în medicină nu există algoritmi şi date pertinente, validate experimental, care să-ţi ofere o orientare cu privire la ceea ce ai de făcut, înveţi să te ghidezi după propriul instinct când eşti nevoit să iei decizii. Te bazezi pe experienţa pe care ai acumulat-o şi pe raţionament. Şi e foarte greu să rămâi impasibil în faţa unei atari situaţii.

Cu două săptămâni înainte de-a o vedea pe Eleanor, consultasem o femeie care suferea de artroză; era foarte în vârstă (se născuse anterior datei la care Woodrow Wilson şi-a început mandatul de preşedinte al SUA) şi venise la spital datorită unei dureri abdominale ce radia spre spate. Am aflat că i se descoperise, recent, la nivelul abdomenului, un anevrism aortic, fapt ce m-a alertat imediat. Examinând-o cu mare grijă, i-am putut palpa anevrismul, o formaţiune pulsatilă, moale, profundă. Era stabil, dar aveam convingerea că urma să se rupă foarte curând. Chirurgul vascular pe care l-am rugat să vină s-o vadă şi el a fost de acord cu mine. I-am spus pacientei că singura opţiune salvatoare, în cazul ei, era intervenţia chirurgicală neîntârziată. Am avertizat-o însă că era o operaţie majoră, ce implica, pe de-o parte, o lungă perioadă de recuperare în secţia de terapie intensivă, urmată, foarte probabil, de continuarea îngrijirii în cadrul unui aşezământ specializat pentru bătrâni (era încă dependentă fizic), iar pe de altă parte, un risc foarte mare ca rinichii să nu-i reziste şi o probabilitate de deces de 10–20%. Nu ştia ce să facă. Am lăsat-o cu familia, să se sfătuiască, şi am revenit după un sfert de oră. A spus că nu va face operaţia. Tot ce voia

era să meargă acasă. Trăise atâţia ani, iar starea ei de sănătate nu mai era bună de foarte multă vreme. Îşi făcuse testamentul, iar timpul care-i mai rămăsese de trăit abia dacă mai încăpea într-o clepsidră. Familia era distrusă, dar hotărârea femeii era fermă şi neclintită. Am completat o reţetă de medicamente pentru combaterea durerii, pe care urma să i le cumpere băiatul, iar după o jumătate de oră, pacienta a părăsit spitalul, fiind perfect conştientă de faptul că va muri. Am păstrat numărul de telefon al fiului ei şi, după două săptămâni, l-am căutat acasă ca să văd cum făcuse faţă acelor împrejurări nefericite. La celălalt capăt al firului am auzit însă vocea mamei lui. Am îngăimat un bună ziua şi am întrebat-o cum se simte. Era bine, mi-a răspuns, şi mi-a mulţumit pentru întrebare. Un an mai târziu, după cum aveam să aflu, era încă în viaţă şi se bucura de aceeaşi independenţă fizică.

Trei decenii de cercetare în domeniul neuropsihologiei ne-au arătat că există numeroase feluri în care judecata umană este înclinată spre erori sistematice. Mintea omenească supraestimează pericolele clare, cade pradă rutinei şi are un nivel neperformant de prelucrare a datelor fragmentare; este prea mult influenţată de dorinţe şi de emoţii, ba chiar şi de anumite momente ale zilei; este afectată de ordinea în care sunt redate informaţiile şi de modul cum sunt prezentate problemele. Şi dacă noi, doctorii, credeam cumva că pregătirea şi experienţa pe care le avem ne asigură „imunitatea“ în faţa unor asemenea surse de eroare, iată că iluziile noastre s-au spulberat de îndată ce oamenii de ştiinţă ne-au studiat la microscop comportamentul.

O paletă variată de cercetări au arătat că şi judecata medicului este supusă aceloraşi fluctuaţii. Aşa, de pildă, un studiu realizat de o echipă de specialişti din cadrul Medical College of Virginia (Facultatea de Medicină din Virginia) a constatat că medicii care solicitau, în cazul pacienţilor cu stare febrilă,

efectuarea unor hemoculturi, supraestimaseră, într-o proporţie dublă până la de zece ori mai mare, probabilitatea existenţei unei infecţii. Cele mai mari niveluri de suspiciune au fost observate la subiecţii care consultaseră recent *alţi* pacienţi cu infecţii ale sângelui. Într-un alt studiu, realizat la Universitatea din Wisconsin, au fost obţinute dovezi ale unui efect Lake Wobegon („Lake Wobegon: unde femeile sunt puternice, bărbaţii, arătoşi, iar copiii, supradotaţi"): majoritatea chirurgilor aveau convingerea că rata de mortalitate în rândul celor trataţi de ei era sub valoarea medie. Un studiu efectuat la Facultatea de Medicină din cadrul Universităţii Case Western Reserve din Ohio a examinat atât precizia judecăţii medicilor, cât şi încrederea lor în propriile raţionamente, dar n-a găsit nici o corelaţie între cele două variabile analizate. S-a dovedit că doctorii cei mai siguri pe ei în ceea ce priveşte evaluarea cazurilor nu făceau estimări mai exacte decât cei mai puţin încrezători în capacitatea lor de-a le analiza corect.

David Eddy, medic şi expert în luarea deciziilor clinice, a trecut în revistă datele experimentale disponibile până în acel moment, realizând o serie de articole foarte vehemente pe această temă, publicate, cu aproape un deceniu în urmă, în *Journal of American Medical Association*. Iar concluzia pe care a formulat-o a fost nemiloasă. „Faptele dovedesc fără nici cel mai mic dubiu", scria el, „că multe dintre deciziile luate de medici sunt arbitrare – au un grad ridicat de variabilitate, nefiind susţinute de nici o explicaţie clară. Cea mai îngrijorătoare implicaţie a unei atari stări de fapte este aceea că arbitrarul se traduce, cel puţin pentru unii pacienţi, într-o îngrijire deficitară, care le-ar putea aduce şi prejudicii câteodată."

În faţa incertitudinii însă, ce altceva, în afară de propria sa judecată, are la dispoziţie un medic – sau un pacient – pentru evaluarea situaţiei respective? Am vorbit cu tatăl lui

Eleanor la câteva luni de când o văzusem pe fiica lui şi mi-a povestit prin ce trecuseră de atunci.

„Parcă acum avea un picior umflat şi în numai cinci minute i se spunea că şi-ar fi putut pierde viaţa“, mi-a spus domnul Bratton.

Fusese, timp de şaptesprezece ani, proprietarul unui magazin de delicatese, iar acum era profesor la o şcoală de artă culinară din Hartford şi nu cunoştea pe nimeni în Boston. Ştia că spitalul nostru era afiliat Universităţii Harvard, dar îşi dădea seama foarte bine că o asemenea apartenenţă nu implica neapărat faptul că noi aveam un statut aparte. Eu nu eram decât rezidentul care se nimerise a fi de gardă în acea zi, iar Studdert, la fel, doar chirurgul de serviciu. Eleanor îl lăsase pe tatăl ei să preia problema, iar el încerca să evalueze întreaga situaţie. Existau unele indicii încurajatoare. Faptul că Studdert purta costumul şi boneta de chirurg, că venise direct de la sala de operaţie păreau să sugereze experienţă şi competenţă. S-a şi dovedit de altfel, ulterior, că văzuse destui pacienţi cu fasciită necrozantă. Afişa şi siguranţă de sine, fără a încerca să-şi intimideze interlocutorul, şi explica totul pe îndelete. Singurul element care l-a surprins foarte mult pe Bratton era faptul că părea atât de tânăr. (Studdert avea, într-adevăr, doar treizeci şi cinci de ani.)

„E vorba totuşi de fata mea“, îşi aminteşte Bratton că se gândea în acele momente. „N-o exista şi altcineva mai bun?“ Apoi şi-a dat seama ce avea de făcut. S-a întors spre Studdert şi spre mine, adresându-ni-se pe un ton calm.

Ne-a spus doar: „Aş vrea şi o altă opinie.“

Am fost de acord cu solicitarea lui, care nu ne-a deranjat defel. Nu pierdusem nici o clipă din vedere faptul că aveam de-a face cu un caz foarte complicat. Eleanor nu mai avea febră, nu lăsa impresia că ar avea o suferinţă deosebită şi

principalul motiv ce mă determinase să mă gândesc că ar fi fost vorba de bacteriile devoratoare de carne era faptul că văzusem acel caz teribil cu câteva săptămâni înainte. Studdert, la rândul lui, făcuse o estimare numerică a riscului de-a avea boala – „mult sub cinci procente“ –, dar ştiam amândoi că era doar o presupunere (cuantificase probabilitatea şi credibilitatea, dar cât de corect?), care mai era şi foarte vagă pe deasupra (cât de *mult* sub cinci la sută?). Ne-am gândit că putea fi util să aflăm şi opinia altcuiva.

Trebuia să mă întreb însă cât de mult i-ar fi folosit lui Bratton o asemenea alternativă? Ce-ar fi făcut dacă părerile erau diferite? Şi dacă nu erau, n-ar fi planat aceleaşi suspiciuni? În plus, nimeni din familia lui Bratton nu avea la cine să apeleze, aşa că *noi* am fost cei întrebaţi dacă le puteam sugera pe cineva.

Le-am recomandat să-i dea un telefon doctorului David Segal, un chirurg plastician din spitalul nostru, care, ca şi Studdert, văzuse anterior cazuri similare. Au fost de acord. L-am căutat pe Segal. A coborât la noi în câteva minute. În final, din câte mi-am dat eu seama, cel mai important lucru pe care l-a oferit lui Eleanor şi tatălui ei a fost încrederea.

Segal avea un aer neglijent şi o ţinută aşijderea, halatul îi era veşnic plin de urme de pix, iar ochelarii păreau prea mari pentru faţa lui. Dintre toţi chirurgii plasticieni cunoscuţi de mine, e singurul care arată de parcă şi-ar da doctoratul la M.I.T. (Massachusetts Institute of Technology – Institutul de Tehnologie Massachussetts) (ceea ce, prin forţa împrejurărilor, chiar aşa era). Părea însă, după cum avea să aprecieze Bratton mai târziu, „nu prea tânăr“. Şi nu a contrazis ceea ce spusese Studdert. A ascultat relatarea lui Eleanor, i-a examinat cu atenţie piciorul, după care a afirmat că şi pe el l-ar surprinde o eventuală confirmare a infectării ei cu bacteriile ucigaşe. A admis însă că o atare posibilitate nu putea fi exclusă. Aşadar, ce altă alternativă ar mai fi în afară de biopsie?

De data aceasta, Eleanor şi tatăl ei au hotărât să dea curs sugestiei medicului. „Atunci, să nu mai amânăm“, a spus fata. I-am adus la semnat formularul de consimţământ pentru intervenţia chirurgicală. Precizasem faptul că procedura era o „biopsie a extremităţii inferioare stângi“, dar la riscuri îl menţionasem şi pe acela că „poate implica necesitatea amputării“. La vederea acelor cuvinte, a izbucnit într-un plâns puternic. Am lăsat-o singură cu tatăl ei. A durat câteva minute până s-a simţit în stare să semneze. Am şi aranjat să fie adusă în sala de operaţie. O asistentă l-a condus pe tatăl ei în sala de aşteptare. I-a telefonat mamei lui Eleanor pe mobil. S-a aşezat apoi, şi-a plecat capul şi a început să se roage pentru fiica lui.

Există şi o altă modalitate de luare a deciziilor în medicină, susţinută de un grup restrâns, dar combativ de reprezentanţi ai acestui sector profesional. Strategia respectivă, utilizată de multă vreme în sfera afacerilor şi în cea militară, este denumită analiză decizională. Are principii foarte clar formulate şi presupune notarea, pe o coală de hârtïe (sau pe computer), a tuturor opţiunilor pe care le aveţi în vedere, precum şi a posibilelor consecinţe ale fiecăreia dintre ele, sub forma unui arbore decizional. Faceţi o estimare numerică a probabilităţii fiecărui rezultat în parte, pe baza unor date concludente – când le aveţi, iar când nu dispuneţi de aşa ceva, puteţi apela şi la aproximări. Evaluaţi apoi fiecare rezultat în funcţie de gradul relativ de atractivitate (sau de „utilitate“) pentru pacient. Înmulţiţi numerele obţinute pentru fiecare opţiune şi îl alegeţi pe acela care are cea mai mare „utilitate previzionată“. Printr-un asemenea demers se urmăreşte ca procesul decizional medical să se bazeze pe un raţionament clar, logic, ghidat de date statistice, şi nu doar pe intuiţia practicianului. Aşa s-a stabilit oportunitatea recomandării unei mamografii anuale

tuturor femeilor care au depăşit vârsta de cincizeci de ani şi tot aşa s-a decis, de către guvernul SUA, sprijinirea economiei Mexicului într-un moment de colaps al acesteia. Şi-atunci, se întreabă susţinătorii conceptului, de ce nu s-ar aplica aceleaşi principii şi în ceea ce priveşte individualizarea deciziilor în cazul fiecărui pacient în parte?

Am încercat, de curând, să „extrag din arborele decizional" (cum s-ar exprima simpatizanţii teoriei în speţă) alegerea potrivită pentru Eleanor. Nu erau decât două opţiuni: cea pentru biopsie şi cea împotriva procedurii. Consecinţele fiecăreia dintre ele deveneau însă foarte complicate: fără biopsie, evoluţie bună; nu se face biopsie, se temporizează diagnosticul, pacienta este operată, dar supravieţuieşte; fără biopsie, bolnava moare; se optează pentru biopsie, care se soldează doar cu o cicatrice asociată cu sângerare; se face biopsia, se confirmă boala şi se amputează piciorul, dar pacienta, oricum, moare; şi aşa mai departe. După ce am notat toate posibilităţile şi consecinţele, arborele meu decizional arăta, mai degrabă, ca o tufă. A atribui câte o probabilitate fiecărei întorsături a sorţii părea o pură speculaţie. Am găsit în literatura de specialitate toate datele relevante posibile, pe care am încercat apoi să le extrapolez cât mai mult. Iar stabilirea gradului relativ de atractivitate al rezultatelor părea imposibil, chiar şi după ce am discutat cu Eleanor despre ele. Perspectiva decesului este mai probabilă decât cea a unei evoluţii bune? De câte ori? De o sută de ori, de o mie de ori, de un milion de ori? Unde se plasează o cicatrice şi sângerarea? Oricum, după părerea experţilor, acestea sunt consideraţiile primordiale, iar când luăm decizii pe baza propriului nostru instinct, susţin tot ei, nu facem altceva decât să transpunem în realitate estimările schiţate pe hârtie.

S-a dovedit însă că elaborarea unei analize sistematice într-un interval de timp rezonabil este imposibilă. Celor doi

experţi în decizii le-a luat două zile – nu câteva minute, cât am avut noi la dispoziţie –, în care au existat numeroase momente de du-te vino, până să ajungă la o concluzie. S-a găsit totuşi un răspuns. Potrivit arborelui decizional, *nu* ar fi trebuit să ducem pacienta la sala de operaţie în vederea practicării biopsiei. Exista o probabilitate prea scăzută ca supoziţia mea iniţială să fie corectă şi una prea mare ca depistarea bolii într-un stadiu precoce să nu schimbe situaţia. Logica indica deci că biopsia nu putea fi justificată.

Nu ştiu cum am fi valorificat atunci informaţia respectivă. Oricum, nu aveam la îndemână arborele decizional. Şi am purces la sala de operaţie.

Anestezistul a adormit-o pe Eleanor. O asistentă i-a aplicat o soluţie antiseptică pe picioare, de la vârful degetelor până spre coapse. În continuare, cu un bisturiu mic, Studdert a practicat o incizie, dinspre zona de pe partea superioară a labei piciorului unde se formase vezicula şi până spre tendon, excizând o porţiune elipsoidală de piele şi ţesut, lungă de aproape doi centimetri şi jumătate. Proba a fost introdusă într-un recipient cu ser fiziologic steril şi trimisă rapid la laboratorul de anatomopatologie. Am prelevat apoi, din centrul porţiunii înroşite a gambei – de la nivelul mai profund, al musculaturii –, şi o a doua mostră, pe care am trimis-o, de asemenea, la analiză.

La prima vedere, nimic din ceea ce am găsit sub piele nu era în măsură să ne alarmeze. Stratul adipos avea o coloraţie gălbuie, aşa cum era şi normal, iar muşchiul avea un aspect roşiatic, sănătos, cu vascularizaţie adecvată. Totuşi, când am făcut prelevarea celei de-a doua probe, vârful pensei a alunecat nefiresc de uşor pe lângă muşchiul gambei, de parcă bacteriile şi-ar fi croit drumul pe-acolo înaintea noastră. Nu era încă un fapt concludent, dar l-a surprins foarte tare pe

Studdert, care a exclamat, vădit nedumerit: „Fir-ar să fie!“ Şi-a scos mănuşile şi halatul, ca să vadă ce găsise anatomopatologul. Am ieşit şi eu îndată după el, lăsând-o pe Eleanor adormită, sub supravegherea altui rezident şi a anestezistului.

O evaluare histopatologică de urgenţă poartă denumirea de examen histopatologic extemporaneu. Camera unde se efectuau astfel de proceduri, situată la numai câteva uşi mai încolo, pe hol, era mică; avea dimensiunile unei bucătării, iar în mijloc trona o masă înaltă de laborator, cu blat din ardezie neagră; în apropierea ei se afla un recipient cu azot lichid, folosit pentru îngheţarea rapidă a probelor de ţesut trimise de noi. Lângă unul dintre pereţi era amplasat microtomul, utilizat pentru realizarea unor secţiuni tisulare foarte subţiri, de numai câţiva microni, în vederea examinării lor la microscop. Am intrat exact când medicul specialist terminase de pregătit probele. A luat lamele de sticlă pe care fixase preparatul şi a început să le exploreze pe rând, metodic, crescând progresiv mărirea microscopului. Minutele se rostogoleau, unul după altul, în tăcere.

„Nu ştiu ce să zic“, a murmurat, preocupat, anatomopatologul, examinând în continuare preparatele. După părerea lui, aspectul probelor era „relevant pentru diagnosticul de fasciită necrozantă“. Nu l-ar putea confirma însă până ce nu afla şi opinia unui specialist în domeniul dermatopatologiei, care are cea mai mare experienţă în evaluarea stării de sănătate a pielii şi a ţesutului moale. Acesta şi-a făcut apariţia abia după douăzeci de minute şi am aşteptat tensionaţi, încă cinci minute, să-şi dea verdictul. „Da, are“, ne-a anunţat, cu un ton sardonic. Depistase nişte pete colorate, discrete, în zonele unde straturile profunde ale ţesutului începuseră să se necrozeze. „Nici o formă de celulită n-ar putea avea un asemenea efect“, ne-a spus.

Studdert s-a dus la tatăl lui Eleanor. Când a intrat în sala de aşteptare, înţesată de lume, Bratton i-a surprins imediat expresia feţei şi-a izbucnit: „Nu vă uitaţi la mine aşa! *Nu vă uitaţi la mine aşa*!“ Studdert l-a condus într-o încăpere alăturată unde puteau sta de vorbă în linişte, a închis uşa în urma lor şi i-a spus că fiica lui avea, într-adevăr, boala pe care o suspectau. I-a zis că, în consecinţă, trebuia să acţioneze rapid. Nu era sigur că-i va putea salva piciorul şi nici nu avea siguranţa că va reuşi să-i salveze viaţa. Va fi nevoit să practice o incizie mare, pe toată lungimea piciorului, ca să vadă cât de puternic era afectat, urmând ca, în funcţie de ce va găsi, să decidă ce măsuri se impuneau în continuare. Bratton era copleşit de disperare, plângea şi se străduia din răsputeri să-şi găsească forţa de-a articula măcar un cuvânt. Studdert avea şi el ochii scăldaţi în lacrimi. Bratton a avut puterea de a-i spune: „Faceţi ce-aveţi de făcut!“ Studdert a dat din cap, încuviinţând, şi a ieşit repede. Bratton i-a telefonat imediat soţiei. I-a dat vestea şi-a aşteptat să primească un răspuns. „N-o să uit toată viaţa ceea ce-am auzit la celălalt capăt al firului“, avea să-şi amintească la un moment dat. „Era ceva, ceva ce semăna cu un sunet, dar pe care n-o să fiu niciodată în stare să-l descriu în cuvinte.“

În medicină, ca şi în orice alt domeniu, deciziile se complică deseori. Nu apucaţi să faceţi o opţiune urmând una dintre căi, că vă şi treziţi din nou cu o nouă opţiune în faţă. Întrebarea crucială care se punea acum era ce trebuia făcut. În sala de operaţie, Segal s-a oferit să-l ajute pe Studdert. Au practicat o incizie mare, de la baza degetelor mari ale labei piciorului, în lungul gleznei, până sub genunchi, ca să vadă ce se ascundea înăuntru. Au efectuat o deschidere largă, prinzând cele două margini ale inciziei cu câte un retractor.

Prezenţa bolii era acum cât se poate de evidentă. Atât la nivelul labei piciorului cât şi al gambei, fascia muşchilor avea

o coloraţie cenuşie şi era necrozată, iar în exterior se prelingea un fluid brun, cu miros fetid. (Mostrele de ţesut şi culturile microbiene aveau să confirme, ulterior, existenţa unei infecţii provocate de o bacterie patogenă din specia *Streptococcus* din grupa A, ce avansa rapid spre partea superioară a piciorului.)

„M-am gândit să facem o BKA“ (*below-knee amputation*, amputare sub genunchi), spune Studdert, „sau chiar la o AKA“ (*above-knee amputation* – amputare deasupra genunchiului). Nimeni nu i-ar fi imputat faptul că a luat o asemenea decizie, indiferent pe care dintre cele două variante ar fi ales-o. Şi-a dat seama însă că nu poate continua. Îşi motivează ezitarea: „Era o fată atât de tânără.“ „Poate părea dur ceea ce spun, dar dacă era vorba de un bărbat în vârstă de şaizeci de ani, i-aş fi tăiat categoric piciorul.“ Cred că atitudinea lui reflecta, pe de-o parte, un refuz pur emoţional de-a amputa membrul inferior al unei fete drăguţe de numai douăzeci şi trei de ani – acel soi de sentimentalism generator de necazuri. Pe de altă parte însă, era vorba, din nou, de glasul instinctului, care-i dicta că tinereţea ei şi starea generală de sănătate bună i-ar fi putut îngădui să obţină un rezultat terapeutic bun recurgând doar la excizarea porţiunii de ţesut cel mai grav afectate (o procedură denumită „debridare“), urmată de curăţarea minuţioasă a întregii zone. Era oare oportun să-şi asume un asemenea risc, în condiţiile în care prin piciorul lui Eleanor circula în voie una dintre bacteriile cu cel mai puternic potenţial letal cunoscute de om? Cine ştie? Studdert însă şi-a asumat acel risc.

Timp de două ore, cu ajutorul foarfecelor şi a electrocauterului, a tăiat şi excizat, împreună cu Segal, straturile exterioare necrozate ale întregului muşchi afectat. Au înlăturat o porţiune de ţesut ce reprezenta trei sferturi din zona respectivă. Pielea de pe picior era răsfrântă, de-o parte şi de

alta a axului piciorului, ca o haină descheiată. Ceva mai sus, în interiorul gambei, au dat de fascii roz-deschis, cu un aspect foarte sănătos. Au turnat pe întreaga suprafaţă a plăgii deschise doi litri de ser fiziologic steril, încercând să elimine astfel cât de mult posibil din încărcătura bacteriană existentă.

Când au terminat, starea lui Eleanor părea stabilă. Tensiunea arterială i se menţinea la valori normale; la fel şi temperatura corporală şi concentraţia sangvină a oxigenului. Iar piciorul ei scăpase de acea porţiune de ţesut care arăta cel mai rău.

Ritmul cardiac era însă cam alert – o sută douăzeci de bătăi pe minut –, ceea ce arăta că infecţia bacteriană îi provocase o reacţie sistemică. Era necesară, prin urmare, administrarea intravenoasă a unor cantităţi mari de fluid. Piciorul fetei părea complet devitalizat. Iar pielea ei avea în continuare acea coloraţie roşie-aprinsă datorată infecţiei.

Studdert şi-a menţinut ferm decizia de-a nu mai exciza nici o porţiune de ţesut în plus, dar era lesne de observat că nu avea sufletul împăcat. S-a sfătuit cu Segal şi au ajuns la concluzia că mai puteau încerca aplicarea unei terapii experimentale cu oxigen hiperbaric, ce implica plasarea lui Eleanor într-o incintă presurizată, aidoma celor folosite pentru recuperarea scafandrilor care prezintă simptome de decompresie – o idee pe cât de năstruşnică la prima vedere, pe atât de puţin ridicolă. Celulele imune au nevoie de oxigen pentru distrugerea eficientă a bacteriilor, iar menţinerea unei persoane, timp de mai multe ore pe zi, într-un spaţiu etanşat, în care presiunea aplicată o depăşeşte de cel puţin două ori pe cea atmosferică, creşte uluitor de mult concentraţia oxigenului din ţesuturi. Pe Segal îl impresionaseră rezultatele obţinute, nu demult, prin utilizarea unei asemenea terapii în cazul a doi dintre pacienţii săi care prezentau infecţii profunde ale unor plăgi provocate de arsuri. Este adevărat că studiile

efectuate până atunci nu dovediseră faptul că procedura ar fi eficientă şi în tratarea fasciitei necrozante. Dar dacă ar fi? Am subscris cu toţii, fără rezerve, la ideea folosirii ei neîntârziate. Cel puţin, ne dădea sentimentul că facem, efectiv, ceva ce ar putea transforma acea infecţie urâtă într-o simplă amintire.

La noi nu exista nici o cameră hiperbarică, dar ştiam ce spital din oraş avea în dotare aşa ceva. Cineva a pus mâna pe telefon, iar în câteva minute aranjaserăm transportul lui Eleanor, sub supravegherea uneia dintre asistentele noastre, într-o ambulanţă care-i asigura, timp de două ore, un aport de oxigen sub o presiune de 2–5 atmosfere. I-am lăsat plaga deschisă, pentru a facilita drenajul, am introdus tifon umed, ca să evităm deshidratarea ţesuturilor, după care am aplicat bandaje albe la exteriorul piciorului. Înainte de a-i da drumul, am mai trecut cu ea pe la terapie intensivă, pentru ultimele verificări, ca să ne asigurăm că starea ei va rămâne stabilă pe timpul transportului.

Se făcuse opt seara. Eleanor s-a trezit cu senzaţie de greaţă. Avea dureri. Văzând însă atâtea asistente şi doctori în jurul ei, şi-a dat seama imediat că era ceva în neregulă.

„O, Doamne, piciorul meu!“

A întins mâna spre el şi, cuprinsă de panică, a avut impresia, preţ de câteva momente, că nu-l găseşte. Treptat, s-a convins că reuşeşte să-l vadă, să-l simtă, să-l mişte. Studdert i-a pus mâna pe braţ şi i-a explicat ce constatase în timpul operaţiei, ce făcuse şi ce urma să facă. A primit informaţiile cu mult mai mult curaj decât credeam că are. Îi sosise întreaga familie şi arătau cu toţii de parcă ar fi fost loviţi de un SUV. Dar Eleanor şi-a tras la loc cearşaful care-i acoperea piciorul şi şi-a aţintit privirea spre spoturile luminoase verzi şi oranj ale monitoarelor şi spre perfuziile montate la ambele braţe, spunând doar „OK“.

Camera hiperbarică în care a stat în acea noapte era, conform propriei sale descrieri, „ca un coşciug de sticlă“. Stătea întinsă înăuntru pe o suprafaţă îngustă, fără nici un suport lateral, ceea ce-o obliga să-şi ţină braţele fie pe lângă corp, fie încrucişate la piept; la o distanţă de treizeci de centimetri de faţă era amplasat un panou din plexiglas, iar deasupra capului, un hublou de alimentare, menţinut etanş de un dispozitiv circular masiv. Pe măsură ce presiunea creştea, urechile îi pocneau de parcă ar fi plonjat în ocean, la mare adâncime, iar doctorii o preveniseră că, îndată ce era atins un anumit nivel, incinta se bloca. N-ar fi putut s-o scoată de acolo nici dacă ar fi vomat, întrucât coborârea presiunii trebuia să fie efectuată treptat, ca să evite simptomele de decompresie, care aveau un risc letal. „Cineva a făcut o criză de epilepsie“, îşi aminteşte că-i spuseseră medicii. „Au reuşit să-l scoată abia după douăzeci de minute.“ Captivitatea şi starea de rău ce întrecea orice imaginaţie îi creau un sentiment de izolare şi de înstrăinare. Sunt singură aici, doar cu bacteriile, îşi zicea în sinea ei.

În dimineaţa următoare am dus-o în sala de operaţie, ca să vedem dacă se propagase infecţia. Da, bacteriile continuaseră să ucidă, astfel că aproape toată pielea de la nivelul labei piciorului şi al părţii frontale a gambei fusese cuprinsă de cangrenă şi se înnegrise. Trebuia excizată imediat. Aceeaşi soartă urmau s-o aibă şi marginile fasciilor pe care le lăsasem intacte şi care acum erau necrozate. Întregul muşchi, în schimb, era viabil. Iar bacteriile încă nu migraseră spre coapsă. I-am badijonat din nou interiorul plăgii cu tifon umed şi am trimis-o înapoi, la spitalul unde trebuia să continue terapia cu oxigen hiperbaric – două şedinţe zilnice a câte două ore.

Am ajuns să-i operăm piciorul de patru ori în decurs de patru zile. Fiecare intervenţie impunea înlăturarea unei noi porţiuni de ţesut mort, care era însă, de fiecare dată, din ce

în ce mai mică. La a treia operaţie am constatat că pielea nu mai era la fel de roşie ca la început. La a patra intervenţie, roşeaţa dispăruse, iar în interiorul plăgii se vedeau deja primele semne ale refacerii ţesuturilor. Abia atunci s-a încredinţat Studdert că Eleanor supravieţuise – şi nu numai ea, ci şi piciorul ei.

Uneori nu ştim cum să interpretăm succesele pe care le obţinem graţie intuiţiei noastre. Ele nu prea sunt rodul gândirii logice. Dar nici numai al norocului.

Gary Klein, un specialist în domeniul psihologiei cognitive care şi-a consacrat întreaga activitate studierii comportamentului persoanelor expuse în mod constant efectelor incertitudinii, relatează una dintre experienţele sale profesionale, şi anume cazul unui comandant de pompieri. Locotenentul descinsese, împreună cu echipa lui, la locul unui incendiu aparent banal, produs în interiorul unei locuinţe cu un singur etaj. Şi-a direcţionat oamenii spre uşa din faţă, iar el a abordat obiectivul dinspre bucătăria din spatele casei. Au încercat să stingă focul cu apă. Flăcările însă veneau mereu în forţă spre ei. Au mai făcut o încercare, tot aproape zadarnică. Echipa s-a retras atunci câţiva paşi, urmărind să schimbe direcţia de atac. Apoi, dintr-odată, spre uimirea tuturor, locotenentul le-a ordonat să părăsească imediat clădirea. Ceva – nu-şi dădea seama ce anume – nu era în ordine. Aşa simţea. Abia a apucat să iasă şi ultimul dintre ei, că etajul unde se aflaseră s-a prăbuşit. Aveau să constate că focul izbucnise de la subsol, nu din spatele clădirii. Dacă ar mai fi stat doar câteva secunde, ar fi plonjat cu toţii direct în flăcările de dedesubt.

Fiinţele umane au o capacitate naturală de-a recunoaşte, pur şi simplu, calea cea bună pe care trebuie s-o urmeze uneori. Raţionamentul, arată Klein, este doar rareori o cuantificare

a evaluării tuturor opţiunilor, la care oricum nu ne prea pricepem; el constituie, în schimb, o formă inconştientă de recunoaştere a unui model. Rememorând faptele petrecute atunci, comandantul de pompieri i-a spus lui Klein că nu se gândise absolut deloc la posibilităţile concrete pe care le avea la faţa locului. Nici acum nu-şi dădea seama ce anume l-a îndemnat să-şi scoată echipa de-acolo. Incendiul acela crease probleme, dar nu chiar atât de dificile încât să-l determine să-şi retragă oamenii. La prima vedere, numai norocul sau percepţia extrasenzorială i-ar fi putut explica reacţia. Dar întrebările puse de Klein ca să afle mai multe detalii despre situaţia respectivă au scos la iveală două indicii pe care, fără să-şi dea seama în acele momente, locotenentul le avusese în vedere. În sufrageria de la parter fusese *cald* – mai cald decât ştia că ar fi fost normal dacă sursa incendiului ar fi fost localizată în spatele casei. Iar focul era *liniştit*, nu puternic şi zgomotos, aşa cum ar fi fost de aşteptat. Se pare, aşadar, că în cele două elemente-cheie, şi poate şi în altele, mintea locotenentului recunoscuse tiparul unei situaţii periculoase, ce impunea ordinul de retragere. Şi, de fapt, este foarte posibil ca o analiză prea amănunţită a lucrurilor să fi slăbit forţa avantajului pe care i l-a conferit propria sa intuiţie.

Încă nu mi-e clar ce indicii avusesem atunci când am văzut pentru prima oară piciorul lui Eleanor. Nu înţeleg nici ce semnale ne-au indicat că am putea rezolva problema fără să recurgem la amputare. Totuşi, oricât ne-ar părea ele de arbitrare, intuiţiile noastre trebuie să fi avut un temei adânc. Ceea ce nu se explică este cum poate cineva să spună cu certitudine când anume intuiţiile unui doctor îl conduc în direcţia cea bună sau, dimpotrivă, îl deviază iremediabil de la aceasta.

Un medic din Dartmouth, Jack Wennberg, a studiat şi el, timp de aproape trei decenii, procesul de luare a deciziilor

în medicină, dar nu în maniera individualizată a lui Gary Klein, ci dintr-o perspectivă globală asupra întregii comunităţi medicale americane. Şi a descoperit că tot ceea ce facem poartă pecetea unei incoerenţe obstinate, copleşitoare, stânjenitoare. Cercetările lui au arătat, de pildă, că probabilitatea ca doctorul să vă recomande o anumită intervenţie terapeutică variază între limite foarte largi, în funcţie de oraşul în care locuiţi: cu până la 270%, dacă vi se indică înlăturarea chirurgicală a vezicii biliare, cu 450%, în cazul unei artroplastii de şold*, şi cu 850%, dacă se pune problema solicitării de asistenţă medicală în cadrul unei unităţi de îngrijire intensivă în timpul ultimelor şase luni de viaţă. Un pacient din Santa Barbara, California, care se confruntă cu dureri de spate, de exemplu, are şanse de cinci ori mai mari să i se recomande o operaţie pe coloană decât o persoană din Bronx, New York, care are aceeaşi problemă. O atare situaţie reflectă, în principal, incoerenţa modului de lucru, iar variaţiile individuale, legate de experienţa profesională, de cutumele şi intuiţiile doctorilor, determină diferenţe uriaşe între modelele de îngrijire a oamenilor.

Cum poate fi justificată o atare situaţie? Oamenii care plătesc pentru serviciile de asistenţă medicală, categoric, nu văd cum. (Aşa se şi explică asiduitatea cu care agenţii de asigurări le cer doctorilor explicaţii legate de deciziile medicale.) Şi poate că nici cei care beneficiază de ele nu înţeleg cum. Este cert că Eleanor Bratton ar fi avut parte de o cu totul altă abordare terapeutică dacă ar fi apelat la o altă clinică sau la alţi medici, ori chiar dacă m-ar fi întâlnit pe mine într-un alt moment (înainte sau după experienţa oferită de cazul de fasciită necrozantă pe care-l văzusem înaintea ei; la ora două noaptea sau la două după-amiaza; în timpul unei zile de gardă

---

* Înlocuirea articulaţiei şoldului cu o endoproteză (n. tr.).

liniştite sau, dimpotrivă, al uneia foarte agitate). Într-un loc i s-ar fi prescris antibiotice, în altul s-ar fi recurs la amputare, iar într-un al treilea, s-ar fi optat pentru debridare. Un asemenea deznodământ al situaţiei pare a fi lipsit de etică.

Oamenii au propus două strategii menite să schimbe o atare stare de fapt. Una dintre ele presupune restrângerea cuantumului de incertitudine din medicină – prin activitatea de cercetare, direcţionată nu spre identificarea unor noi variante de tratament medicamentos sau chirurgical (care şi-aşa atrag fonduri uriaşe), ci spre deciziile de zi cu zi, cele mărunte, dar cruciale, pe care le iau doctorii şi pacienţii lor (ce beneficiază de un sprijin financiar uluitor de redus). Cu toate acestea, este lesne de înţeles că stabilirea opţiunilor optime ce le sunt oferite oamenilor va fi întotdeauna marcată de un grad însemnat de incertitudine. (În realitate, lucrurile sunt complicate, şi ne-o arată cu prisosinţă atât conceptul de boală, cât şi viaţa însăşi.) S-a mai susţinut, aşadar, nu fără temei, necesitatea ca, atunci când apar situaţii neclare, medicii să se pună de acord înainte de-a hotărî ce este de făcut – să analizeze riguros, din timp, toate măsurile posibile, ca să elimine supoziţiile nefondate şi să beneficieze de avantajele deciziilor de grup.

O asemenea abordare însă nu duce, practic, nicăieri, pentru simplul motiv că, de fapt, contravine tuturor convingerilor pe care noi, doctorii, le avem despre noi înşine, ca indivizi, despre propria noastră capacitate de a decide împreună cu pacienţii ce opţiune le aduce cele mai mari beneficii. În tot acest climat de confuzie, creat de deosebirile dintre punctele de vedere ale diferiţilor medici asupra unei anume probleme, cineva trebuie să vină cu soluţia corectă. Şi fiecare dintre noi – obişnuiţi să luăm, zi de zi, decizii în împrejurări dominate de incertitudini – rămâne cu încredinţarea că acel cineva este chiar el (ea). Pentru că, indiferent cât de

des s-ar întâmpla ca propria noastră judecată să ne dezamăgească, avem cu toţii o Eleanor Bratton, marea, improbabila noastră salvare.

A trecut mai bine de un an până să ajung s-o revăd pe Eleanor. Aflându-mă în trecere prin Hartford, m-am oprit în faţa reşedinţei familiei sale – o casă spaţioasă, în stil colonial, cu o faţadă imaculată şi o curte plină de flori, prin care se plimba cu un lipăit greoi un câine masiv. Eleanor se mutase înapoi la părinţi, ca să se refacă după cele douăsprezece zile de spitalizare. Intenţionase să stea doar o vreme, dar şi-a dat seama că se simţea atât de bine, încât a mai rămas. Reluarea unui trai normal, spunea ea, presupune unele deprinderi.

Refacerea piciorului era lentă, fapt deloc surprinzător, de altfel. În timpul operaţiei finale, efectuată în cursul ultimelor ei zile de spitalizare, fusesem nevoiţi să utilizăm, pentru închiderea plăgii, o grefă de piele de o sută şaizeci şi doi de centimetri pătraţi, prelevată de la nivelul coapsei. Rezultatul mi l-a arătat chiar Eleanor, care mi l-a prezentat, după ce şi-a rulat în sus pantalonii colanţi: „Mica mea arsură."

Nu era deloc ceva ce putea fi considerat drăguţ, însă mie mi se părea că aspectul plăgii era remarcabil. Ajunsese aproape de lăţimea palmei mele şi se întindea de sub genunchi până la nivelul degetului mare. Normal că pielea era uşor decolorată, iar marginile plăgii erau anfractuoase. De asemenea, datorită grefei, laba piciorului şi glezna păreau supradimensionate. Plaga însă nu avea zone deschise, aşa cum se întâmplă uneori. Iar pielea transplantată era moale şi elastică, fără să fie deloc tensionată sau rigidă. Coapsa de unde i se prelevase grefa avea o coloraţie roşie, a cărei intensitate pălea însă treptat.

Recuperarea funcţională completă a membrului inferior implicase un efort considerabil din partea ei. La început, când

a venit acasă, a constatat că nu putea sta în picioare, mușchii fiindu-i atât de slăbiți și de dureroși. Piciorul i se prăbușea mereu, fără vlagă. După un timp, când a mai prins puteri, a văzut că tot nu putea să umble. Lezarea nervului îi afectase puternic laba piciorului. Fusese la control, la dr. Studdert, care a avertizat-o că s-ar putea să aibă probleme toată viața. După mai multe luni de terapie fizică intensă însă, s-a deprins să-și folosească din nou talpa la mers. Până la vizita mea ajunsese să facă și jogging. Începuse să și lucreze, angajându-se ca asistentă în cadrul uneia dintre cele mai mari companii de asigurări cu sediul în Hartford.

Deși trecuse un an de la acel nefericit episod din viața ei, Eleanor continua să se gândească la experiența pe care o trăise. Nu avea nici acum idee de unde contractase infecția. Poate de la pedichiura pe care și-o făcuse, la un mic salon de coafură, cu o zi înainte de nuntă. Poate din cauză că, la petrecere, dansase conga, cu picioarele goale, pe iarbă, în afara spațiului de recepție special amenajat. Poate a fost ceva chiar de la ea din casă. De-atunci, ori de câte ori se tăia sau făcea febră, era paralizată de frică. Nu se mai ducea să înoate. Nici măcar nu mai lăsa apa să-i acopere picioarele când făcea duș. Familia ei plănuia să plece curând în vacanță, în Florida, dar pe Eleanor o speria gândul că asta ar fi însemnat să fie foarte departe de doctorii ei.

Cel mai mult o neliniștea riscurile – aparentul hazard. „Întâi spun că riscul de-a contracta boala este infim – unul la două mii cinci sute de cazuri“, își aducea ea aminte. „Dar eu am făcut-o. Apoi susțin că șansele de vindecare sunt foarte scăzute. Iar eu am învins totuși.“ Acum, când ne-a întrebat din nou dacă era posibil ca aceeași bacterie să-i creeze iarăși probleme, noi, medicii, i-am dat același răspuns ca mai înainte: că exista o probabilitate foarte mică, de unul la două sute cincizeci de mii de cazuri.

„Mă deranjează să aud așa ceva. Pentru mine nu înseamnă nimic“, mi-a spus. Conversația noastră avea loc în sufragerie. Eleanor stătea cu brațele încrucișate în poală, pe sofaua amplasată în dreptul unei ferestre victoriene prin care se revărsau în voie razele soarelui. „Nu sunt deloc convinsă că n-o să mă infectez din nou. Nu cred nici că n-o să mai am niciodată de-a face cu o altă ciudățenie de felul ăsta, despre care nu se știe nimic, și nici că nimeni dintre cunoscuții noștri n-o să aibă cândva așa ceva.“

În medicină însă, suntem mereu nevoiți să lucrăm numai cu posibilități și cu probabilități. Ceea ce ne animă în această știință imperfectă, ceea ce ne mobilizează, de fapt, propriile resurse de energie, este acea clipă efemeră, acel prilej – fragil, dar atât de clar – de-a schimba în bine viața unui semen de-al nostru folosindu-ne experiența, competența profesională sau, pur și simplu, instinctul. Nu putem fi siguri niciodată însă dacă vom trăi sau nu un asemenea moment, fiindcă ivirea lui este strict conjuncturală – ești căutat de o femeie care vrea să aibă o a doua opinie în legătură cu diagnosticul de cancer primit de curând de la un alt doctor, trebuie să te ocupi de urgență de victima unui accident, care prezintă hemoragie, paloare și insuficiență respiratorie, ești consultat de un confrate în cazul unei tinere de douăzeci și trei de ani care are un picior înroșit. Chiar și mai neclar este dacă intervențiile pe care le alegem se vor dovedi a fi înțelepte sau utile. Uneori sunt de-a dreptul șocat să constat că eforturile noastre sunt, până la urmă, încununate de succes. Însă așa este. Nu întotdeauna, dar destul de frecvent.

O vreme, conversația mea cu Eleanor s-a abătut de la subiect. Am vorbit despre faptul că acum, că se întorsese la Hartford, își revăzuse prietenele și iubitul, care lucra ca electrician de „fibră optică“ (deși, după spusele ei, ar prefera să se ocupe de sectorul de „înaltă tensiune“), despre ultimul

film la care fusese şi despre câtă stăpânire de sine constatase că avea după calvarul prin care trecuse.

„Mă simt mult mai puternică în anumite privinţe“, mi-a zis. „Am sentimentul că toată viaţa mea are un scop, că trebuie să existe o raţiune pentru care sunt încă aici.“

„Şi mai cred că sunt o persoană fericită“ – care a început să vadă lucrurile în perspectivă. „Uneori“, a continuat Eleanor, „mă simt chiar mai în siguranţă. În fond, am trecut cu bine de toate.“

În acea lună mai s-a dus, până la urmă, în Florida. Vremea era caniculară, iar aerul nu era tulburat de nici o adiere de vânt, aşa că într-o bună zi, în timp ce se afla pe o plajă situată mai sus de Pompano, a încercat apa mai întâi cu un picior, apoi şi cu celălalt. În cele din urmă, învingându-şi toate temerile, Eleanor s-a aruncat în valurile oceanului şi a pornit înot în larg.

Mi-a spus că apa era minunată.

INTRODUCERE

p. 17 Jurnalele medicale specializate sunt publicaţiile în care medicii găsesc mare parte din informaţiile lor asupra aspectelor curente ale practicii medicale. Astfel, riscurile specifice ale prezenţei unei formaţiuni toracice extinse, la copii, sunt prezentate în detaliu în articole precum Azizkhan, R.G. *et al.*, „Life-threatening airway obstruction as a complication to the management of mediastinal masses in children", publicat în *Journal of Pediatric Surgery* 20 (1985), pp. 816–822. În majoritatea situaţiilor, lecţiile desprinse din astfel de lucrări de specialitate se învaţă pe calea cea mai dură – din proprie experienţă. Uneori, se produce un dezastru – îl percepem ca pe o tragedie. Dacă însă un astfel de caz este relatat în scris, considerăm că avem de-a face cu o abordare ştiinţifică.

Cel puţin două articole explică strategiile pe care le-au găsit medicii utilizând aparate pentru ventilaţie artificială ce le permit să ţină sub control starea unor pacienţi cu tumori similare celei a lui Lee: unul, realizat de o echipă din cadrul Universităţii din Pennsylvania, apărut în *ASAIO Journal* 44 (1998), pp. 219–221, iar celălalt, elaborat de un colectiv din Delhi, India, publicat în *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 15 (2001), pag. 233–236. Ambele echipe relatează că nu au găsit strategiile respective în urma unei activităţi de cercetare riguroase, ci pe calea pe care prind viaţă de obicei multe dintre marile realizări într-un domeniu – prin jocul întâmplării, al şansei şi al necesităţii.

EDUCAŢIA UNUI BISTURIU

p. 39 Cartea lui K. Anders Ericsson despre performanţa umană se numeşte *The Road to Excellence* (Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Press, 1996).

p. 49 Lucrarea de referinţă a Great Ormond Street Hospital asupra propriei lor curbe de învăţare – privind deprinderea tehnicii chirurgicale de transpoziţie a marilor artere – este publicată în *British Medical Journal* 320 (2000), pp. 1168–1173, de către Bull, C. *et al.*, sub titlul „Scientific, ethical, and logistical considerations in introducing a new operation: a retrospective cohort study from pediatric cardiac surgery". Studiul britanic este citat în Hasan, A., Pozzi, M. şi Hamilton, J.R.L., „New surgical procedures: Can we minimise the learning curve?" în *British Medical Journal*, 320 (2000), pp. 170–173.

p. 51 Rezultatele activităţii de cercetare desfăşurate în cadrul Harvard Business School sunt publicate în numeroase cărţi şi articole, inclusiv în Pisano, G., Bohmer, R. şi Edmondson, A., „Organisational Differences in Rates of Learning Evidence from the Adoption of Minimally Invasive Cardiac Surgery", *Management Science* 47 (2001); Bohmer, R., Edmondson, A. şi Pisano, G., „Managing new technology in medicine", în Herzlinger, R. E., ed., *Consumer-Driven Health Care* (San Francisco: Jossey-Bass, 2001).

CALCULATORUL ŞI FABRICA DE HERNII

p. 63 Studiul lui Edenbrandt: Heden, B., Ohlin, H., Rittner, R. şi Edenbrandt, L., „Acute myocardial infarction detected in the 12-lead ECG by artificial neural networks", *Circulation* 96 (1997), pp. 1798–1802.

Baxt, W. G., „Use of an artificial neural network for data analysis in clinical decision-making: the diagnosis of acute coronary occlusion", *Neural Computation* 2 (1990), pp. 480–489.

p. 65 Spitalul Shouldice şi-a publicat rezultatele pe scară largă. O prezentare succintă a lor este disponibilă în Bendavid, R., „The Shouldice technique: a canon in hernia repair", *Canadian Journal of Surgery* 40 (1997), pp. 199–205, 207.

p. 72 Meehl, P. E., *Clinical Versus Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and Review of the Evidence* (Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954).

Dawes, R. M., Faust, D., şi Meehl, P. E., „Clinical versus actuarial judgement", *Science* 243 (1989), pp. 1668–1674.

p. 73 Articolul lui Baxt, W. G., „Application of artificial neural networks to clinical medicine", în *Lancet* 346 (1995), pp. 1135–1138, conţine repere practice foarte utile cu privire la reţelele neurale medicale.

p. 74 Herzlinger, R., *Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry* (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1997).

CÂND DOCTORII FAC GREŞELI

p. 88 Brennan, T. A. *et al.*, „Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I", *New England Journal of Medicine* 324 (1991), pp. 370–376.

Leape, L. L., „Error in medicine", *Journal of the American Medical Association* 272 (1994), pp. 1851–1857.

Bates, D. W., *et al.*, „Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events", *Journal of the American Medical Association* 274 (1995), pp. 29–34.

Localio, A. R., *et al.*, „Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III", *New England Journal of Medicine* 325 (1991), pp. 245–251.

p. 97 Reason, J., *Human Error* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).

p. 99 Istoricul succeselor înregistrate în domeniul anesteziei, în ceea ce priveşte combaterea erorilor, este prezentat în: Pierce, E. C., „The 34th Rovenstine Lecture: 40 years behind the mask – safety revisited", *Anesthesiology* 84 (1996), pp. 965–975.

p. 102 Cooper, J. B. *et al.*, „Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors", *Anesthesiology* 49 (1978), pp. 399–406.

p. 106 Rezultatele activităţii desfăşurate de Northern New England Cardiovascular Disease Study Group au fost publicate în

numeroase studii, dar prezentarea lor succintă este disponibilă în Malenka, D. J. şi O'Connor, J. T., „The Northern New Cardiovascular Disease Study Group: a regional collaborative effort for continuous quality improvement in cardiovascular disease", *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 24 (1998), pp. 594–600.

p. 108 Brooks, D. C., ed., *Current Review of Laparoscopy,* ediţia a doua (Philadelphia: Current Medicine, 1995).

NOUĂ MII DE CHIRURGI

p. 113 Pe site-ul www.facs.org sunt disponibile informaţii despre congresul anual al American College of Surgeons.

CÂND MEDICII BUNI DEVIN RĂI

p. 131 Povestea doctorului Harold Shipman este relatată detaliat în Eichenwald, K., „True English murder mystery: town's trusted doctor did it", *New York Times,* 13 mai 2001, p. A_1.

Procurorii care au intentat procesul lui John Ronald Brown au pretins că acuzatul era implicat şi în tentativa de-a utiliza un produs adeziv denumit Krazy Glue pentru fixarea implanturilor mamare ale unei femei din Los Angeles. A fost declarat vinovat de crimă prin imprudenţă în cazul decesului lui Philip Bondy, căruia îi amputase piciorul, şi a fost condamnat la 15 ani de detenţie. Pentru mai multe detalii, vedeţi Ciotti, P., „Why did he cut off that man's leg?" *LA Weekly,* 17 decembrie 1999.

Pentru informaţii suplimentare cu privire la povestea lui James Burt, vedeţi Griggs, F., „Breaking Tradition: Doctor Steps in to Stop Maiming 'Surgery of Love'", *Chicago Tribune,* 25 august 1991, p. 8.

p. 139 Pentru date referitoare la abuzurile de substanţe în cazul doctorilor, vedeţi Brook, D. *et al.*, „Substance abuse within the health care community", în Friedman, L. S., *et al.*, ed., *Source Book of Substance Abuse and Addiction* (Philadelphia: Lippincott, 1996).

Două dintre cele mai complete surse de informare asupra incidenţei afecţiunilor mentale la nivelul întregii populaţii sunt: *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 1999); Kessler, R. C. *et al.*, „Lifetime

and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry* 51 (1994), pp. 8–19.

Estimarea procentajului de medici-problemă este extrasă din sinteza lui Marilynn Rosenthal, intitulată „Promise and reality: professional self-regulation and problem colleagues", în Lens, P. şi Van der Wal, G., ed., *Problem Doctors: A Conspiracy of Silence* (Netherlands: IOS Press, 1997), p. 23.

Cartea lui Marilynn Rosenthal este *The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors* (Philadelphia: Open University Press, 1995).

p. 145 Kent Neff a prezentat datele obţinute din studiile referitoare la doctorii-problemă în cadrul Annenberg Conference on Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care (Conferinţa Annenberg cu privire la Creşterea Siguranţei Pacientului şi reducerea Erorilor în Îngrijirea Sănătăţii), care s-a desfăşurat la Rancho Mirage, California, în 9 noiembrie 1998.

VINERI, TREISPREZECE, LUNĂ PLINĂ

p. 162 Scanlon, T. J., *et al.*, „Is Friday the 13th bad for your health?" *British Medical Journal* 307 (1993), pp. 1584–1589.

Studiul lui William Feller despre bombardarea Londrei de către nazişti a fost publicat în cartea sa intitulată *An Introduction to Probability Theory* (New York: Wiley, 1968).

Referitor la sofismul pistolarului texan, vezi Rothman, K. J., *American Journal of Epidemiology* 132 (1990), pp. S6–S13.

p. 164 Buckley, N. A., Whyte, I. M. şi Dawson, A. H., „There are days... and moons: self-poisoning is not lunacy", *Medical Journal of Australia* 159 (1993), pp. 786–789.

Guillon, P., Guillon, D., Pierre, F. şi Soutoul, J. H., „Les rythmes saisonnier, hebdomadaire et lunaire des naissances", *Revue Française de Gynecologie et d'Obstetrique* 11 (1988), pp. 703–708.

Cele mai bune prezentări condensate ale corelaţiei dintre Lună şi comportamentul uman sunt: Martin, S. J., Kelly, I. W. şi Saklofske, D. H., „Suicide and lunar cycles: a critical review over 28 years" *Psychological Reports* 71 (1992), pp. 782–795; şi Byrnes, G. şi Kelly, I. W., „Crisis calls and lunar cycles: a 20 year review", *Psychological Reports* 71 (1992), pp. 779–785.

PARADOXUL DURERII

p. 170 Au fost publicate foarte multe lucrări consacrate paradoxului durerii de spate cronice. Dintre textele şi studiile pe care le-am considerat utile fac parte: Hadler, N., *Occupational Musculoskeletal Disorders* (Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, current edition 1999); şi Haldeman, S., „Failure of the pathology model to predict back pain", *Spine* 15 (1990), p. 719.

Datele, destul de curioase, relevate de testele de rezonanţă magnetică nucleară efectuate de diverse persoane suferinde de dureri de spate sunt furnizate de Cleveland Clinic: Jensen, M. C. *et al.*, „Magnetic Resonance Imaging of the lumbar spine in people without back pain", *New England Journal of Medicine* 331 (1994), pp. 69–73.

p. 171 Hilzenrath, D., „Disability claims rise for doctors", *Washington Post,* 16 februarie 1998.

p. 173 Descrierea durerii făcută de Descartes se găseşte în volumul *Méditations* (1641).

Studiile lui Henry K. Beecher referitoare la durerea percepută de cei răniţi în luptă au fost prezentate în două publicaţii: „Pain in Men Wounded in Battle", *Bulletin of the U.S. Army Medical Department* 5 (aprilie 1946), p. 445; şi „Relationship of Significance of Wound to Pain Experienced", *Journal of the American Medical Association* 161 (1956), pp. 1609–1613.

p. 174 Lucrarea clasică privitoare la Gate Control Theory (Teoria porţii de control a durerii), ai cărei autori sunt Ronald Melzack şi Patrick Wall, este „Pain Mechanisms: A New Theory", *Science* 1950 (1965), pp. 971–979.

p. 176 Paleta largă de studii asupra durerii, efectuate pe diverse eşantioane de populaţie, include: Tajet-Foxell, B. şi Rose, F. D., „Pain and Pain Tolerance in Professional Ballet Dancers", *British Journal of Sports Medicine* 29 (1995), pp. 31–34; Cogan, R., Spinnato, J. A., „Pain and Discomfort Thresholds in Late Pregnancy", *Pain* 27 (1986), pp. 63–68; Berkley, K. J., „Sex Differences in Pain", *Behavioral and Brain Sciences* 20 (1997), pp. 371–380; Barnes, G. E., „Extraversion and pain". *British Journal of Social and Clinical Psychology* 14 (1975), pp. 303–308; Compton, M. D., „Cold-Pressor Pain Tolerance in Opiate and Cocaine Abusers: Correlates of Drug Type an Use Status", *Journal of Pain and Symptom Management* 9 (1994), pp. 462–473; şi Bandura, A. *et al.*, „Perceived Self-Efficacy and Pain

Control: Opioid and Nonopioid Mechanisms", *Jorunal of Personality and Social Psychology* 53 (1987), pp. 563–571.

p. 177 Frederick Lenz şi-a publicat prezentarea celor două cazuri în două lucrări distincte: Lenz, F. A. *et al.*, „Stimulation in the human somatosensory thalamus can reproduce both the affective and sensory dimensions of previously experienced pain", *Nature Medicine* 1 (1995), pp. 910–913; şi „The sensation of angina can be evoked by stimulation of the human thalamus", *Pain* 59 (1994), pp. 119–125.

p. 180 Noua teorie a lui Melzack este prezentată în articolul său intitulat „Pain: Present, Past, and Future", *Canadian Journal of Experimental Psychology* 47 (1993), pp. 615–629.

p. 183 Dat fiind ritmul rapid de înnoire a informaţiilor privitoare la noile medicamente, aş recomanda consultarea celor mai recente date bibliografice. Studiile menţionate provin din Miljanich, G. P., „Venom peptides as human pharmaceuticals", *Science and Medicine* (septembrie/octombrie 1997), pp. 6–15; şi Bannon, A. W. *et al.*, „Broad-Spectrum, Non-Opioid Analgesic Activity by Selective Modulation of Neuronal Nicotinic Acetylcholine Receptors", *Science* 279 (1998), pp. 77–81.

p. 184 Prezentarea detaliată a situaţiei create în Australia de epidemia de accidentări provocate de mişcările repetate poate fi găsită în următoarele articole: Hall, W. şi Morrow, L., „Repetition strain injury: an Australian epidemic of upper limb pain", *Social Science and Medicine* 27 (1988), pp. 645–649; Fergusson, D., „RSI: Putting the epidemic to rest", *Medical Journal of Australia* 147 (1987), p. 213; şi Hocking, B., „Epidemiological aspects of 'repetition strain injury' in Telecom Australia", *Medical Journal of Australia* 147 (1987), pp. 218–222.

O SENZAŢIE DE DISCONFORT

p. 188 O foarte reuşită prezentare succintă a fiziologiei stării de vomă se poate găsi în capitolul 1 al volumului: Sleisinger, M., ed., *Handbook of Nausea an Vomiting* (New York: Parthenon Publishing Group, 1993).

p. 192 Watcha, M. F. şi White, P. F., „Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment, and prevention", *Anesthesiology* 77 (1992), pp. 162–184.

Griffin, A. M. *et al.*, „On the receiving end: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy", *Annals of Oncology* 7 (1996), pp. 189–195.

Jewell, D. şi Young, G., „Treatment for nausea and vomiting in early pregnancy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 martie 2000.

p. 194 Profet, M., „Pregnancy sickness as adaptation: a deterrent to maternal ingestion of teratogens", în: Barkow, J. H., Cosmides, L. şi Tooby, J., *The Adapted Mind* (Oxford: Oxford University Press, 1975).

p. 195 Reperul clasic pentru răul de mişcare îl constituie lucrarea: Reason, J. T. şi Brand, J. J., *Motion Sickness* (New York: Academic Press, 1975).

O prezentare succintă, dar foarte utilă, a celor mai recente cercetări consacrate răului de mişcare, inclusiv răului de spaţiu, este disponibilă în Oman, C. M., „Motion sickness: a synthesis and evaluation of the sensory conflict theory", *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology* 68 (1990), pp. 294–303.

p. 199 Studiile descrise includ: Fischer-Rasmussen, W. *et al.*, „Ginger treatment of hyperemesis gravidarum", *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction Biology* 42 (1991), pp. 163–164; O'Brien, B., Relyea, J. şi Taerum, T., „Efficacy of P6 accupressure in the treatment of nausea and vomiting during pregnancy", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174 (1996), pp. 708–715.

O sinteză valoroasă a datelor referitoare la îngrijirea femeilor cu sarcină toxică este oferită de Nelson-Piercy, C., „Treatment of nausea and hyperemesis of pregnancy: When should it be treated and what can be safely taken?" *Drug Safety* 19 (1998), pp. 155–164.

p. 201 Pentru o privire sintetică şi foarte echilibrată asupra utilizării marijuanei în medicină, vedeţi Voth, E. A. şi Sckwartz, R., „Medicinal applications of Delta-9-Tetrahydrocannabinol and marijuana", *Annals of Internal Medicine* 126 (1997), pp. 791–798.

Pentru mai multe detalii legate de ciudata entitate cunoscută sub numele de sindrom de ruminaţie, vedeţi Malcolm, A., *et al.*, „Rumination syndrome", *Mayo Clinic Proceedings* 72 (1997), pp. 646–652.

Studiul referitor la Zofran şi la starea de greaţă, realizat de grupul de cercetători condus de Gary Morrow, este Roscoe, J. A. *et al.*, „Nausea and vomiting remain a significant clinical problem: trends

over time in controlling chemotherapy-induced nausea and vomiting in 1,413 patients treated in community clinical practices", *Journal of Pain & Symptom Management* 20 (2000), pp. 113–121.

O excelentă trecere în revistă privind psihologia stării de greaţă ne află în Morrow, G. R., „Psychological aspects of nausea and vomiting: anticipation of chemotherapy", în Sleisinger, ed., 1993.

p. 204 Studiul era revoluţionar asupra utilizării unui antagonist al substanţei P în stările de greaţă era Navari, R. M., *et al.*, „Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist", *New England Journal of Medicine* 340 (1999), pp. 190–195.

O privire de ansamblu asupra datelor experimentale ce dovedesc beneficiile serviciilor specializate de îngrijire paliativă puteţi găsi în Hearn, J. şi Higginson, I. J., „Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients?: a systemic literature review", *Palliative Medicine* 12 (1998), pp. 317–332.

p. 208 Informaţiile referitoare la Bendectin sunt trecute în revistă în Koren, G., Pastuszak, A. şi Ito, S., „Drug therapy: drugs in pregnancy", *New England Journal of Medicine* 338 (1998), pp. 1128–1137.

Cassell, E. G., *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (New York: Oxford University Press, 1991).

VALUL DE ROŞEAŢĂ

p. 214 Argumentele freudiene sunt prezentate în Karch, F. E., „Blushing", *Psychoanalytic Review* 58 (1971), pp. 37–50.

Eseul lui Charles Darwin cu privire la roşeaţă poate fi găsit în cartea lui intitulată *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872).

Michael Lewis îşi prezintă detaliat experimentul demonstrativ privitor la sentimentul de stingherealã ce-l cuprinde pe un individ când este privit insistent de cineva în „The self in self-conscious emotions", *Annals of the new York Academy of Sciences* 818 (1997), pp. 119–142.

Datele ştiinţifice asupra roşirii şi cele privitoare la psihologia fenomenului, la care am făcut referire în acest pasaj, inclusiv cele din studiul realizat de Leary şi Templeton, provin din trei surse: Leary, M. R., *et al.*, „Social blushing", *Psychological Bulletin* 112 (1992), pp. 446–460; Miller, R. S., *Embarassment: Poise and Peril in Everyday Life* (New York: Guilford Press, 1996); şi Edelmann, R. J., „Blushing"

în: Crozier, R. şi Alden, I. E., ed., *International Handbook of Social Anxiety* (Chichester: John Wiley & Sons, 2000).

p. 220 Rezultatele obţinute de chirurgii din Göteborg în tratarea cazurilor de roşire prin utilizarea tehnicii ETS au fost publicate în Drott, C. *et al.*, „Successful treatment of facial blushing by endoscopic transthoracic sympathictomy", *British Journal of Dermatology* 138 (1998), pp. 639–643. Pentru o opinie mai circumspectă asupra intervenţiei chirurgicale, vedeţi articolul lui Drummond, P. D., „A caution about surgical treatment for facial blushing", publicat în *British Journal of Dermatology* 142 (2000), pp. 195–196.

p. 230 Site-ul organizaţiei înfiinţate de Christine Drury se află la adresa www.redmark.org

OMUL CARE NU SE PUTEA OPRI DIN MÂNCAT

p. 231 Statisticile cu privire la numărul operaţiilor de bypass gastric efectuate sunt extrase din Blackburn, G., „Surgery for obesity", *Harvard Health Letter* (2001), nr. 884.

p. 241 Datele deprimante furnizate de National Institutes of Health referitoare la eşecul terapiei obezităţii prin dietă înregistrat, pe termen lung, în aproape toate cazurile, sunt prezentate în publicaţia proprie: „Methods for voluntary weight loss and control", *Annals of Internal Medicine* 119 (1993), pp. 764–770.

Puteţi găsi un sumar destul de complet al variatelor tratamente chirurgicale la care au fost supuşi suferinzii de obezitate, precum şi rezultatele acestora în Kral, J. G., „Surgical treatment of obesity", în Bray, G. A., Bouchard, C. şi James, W. P. T., ed., *Handbook of Obesity* (M. Decker, New York, 1998); alături de Munro, J. F. *et al.*, „Mechanical treatment for obesity", *Annals of the New York Academy of Sciences* 449 (1987), pp. 305–311.

p. 242 Studiul dietei pentru copiii obezi, descrisă în acest pasaj, a apărut în Epstein, L. H. *et al.*, „Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity", *Health Psychology* 13 (1994), pp. 373–383.

p. 243 Informaţiile despre sindromul Prader-Willi provin din Lindgreen, A. C. *et al.*, „Eating behavior in Prader-Willi syndrome, normal weight, and obese control groups", *Journal of Pediatrics* 137 (2000), pp. 50-55; şi Cassidy, S. B. şi Schwartz, S., „Prader-Willi and Angelman syndromes", *Medicine* 77 (1998), pp. 140–151.

„Paradoxul grăsimii" este explicat în Blundell, J. E., „The control of appetite", *Schweizerische* 129 (1999), p. 182.

Unul dintre studiile ce demonstrează „efectul aperitiv" este cel al lui Yeomans, M. R., „Rating changes over the course of meals: What does they tell us about motivation to eat?" *Neuroscience and Biobehavioral Review* 24 (2000), pp. 249–259.

p. 244 Studiul francez cu privire la mestecat este publicat în Bellisle, F. *et al.*, „Chewing and swallowing as indices of the stimulation to eat during meals in humans", *Neurosciences and Biobehavioral Review* 24 (2000), pp. 223–228.

Studiul obiceiurilor alimentare ale persoanelor afectate de o formă severă de amnezie este publicat în Rozin, P., *et al.*, „What causes humans to begin and end a meal", *Psychological Science* 9 (1998), pp. 392–396.

p. 247 Informaţiile referitoare la eşecul pe termen lung, în ceea ce priveşte menţinerea pierderii în greutate, al intervenţiei chirurgicale de inserare a unui inel intragastric, dacă nu este asociată cu nici o altă terapie, sunt preluate atât din articolul lui Blackburn, publicat în anul 2001 şi citat mai sus, cât şi din cel realizat de Nightengale, M. L. *et al.*, „Prospective evaluation of vertical banded gastroplasty as the primary operation for morbid obesity", *Mayo Clinic Proceedings* 67 (1992), pp. 304–305.

p. 249 Pentru mai multe informaţii privitoare la implicaţiile psihologice şi sociale ale chirurgiei obezităţii, vedeţi Hsu, L. K. G., *et al.*, „Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review", *Psychosomatic Medicine* 60 (1998), pp. 338–346.

Articolul lui Kral, din 1998, şi cel al lui Blackburn, publicat în 2001, ambele citate anterior, sunt două sinteze excelente ale cercetărilor consacrate menţinerii pe termen lung a pierderii în greutate ca urmare a tratamentului chirurgical al obezităţii.

p. 258 Pentru date referitoare la marea frecvenţă a obezităţii morbide, vedeţi Kuczmarski, R. J., *et al.*, „Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994)", *Obesity Research* 5 (1997), pp. 542–548.

INCIZIA FINALĂ

p. 271 Despre incoerenţa războiului declanşat de susţinătorii neefectuării autopsiei, puteţi citi în Lundberg, G. D., „Low-tech autopsies

in the era of high-tech medicine" *Journal of the American Medical Association* 280 (1998), pp. 1273–1274.

Informaţiile despre istoricul autopsiei provin din două surse Iserson, K. V., *Death to Dust: What Happens to Dead Bodies* (Tucson, Ariz.: Galen Press, 1994); şi King, L. S. şi Meehan, M. C., „The history of the autopsy", *American Journal of Pathology* 73 (1973), 514–544.

p. 279 Cele trei studii recente care evaluează problematica autopsiei sunt Burton, E. C., Troxclair, D. A. şi Newman III, W. P., „Autopsy diagnoses and malignant neoplasms: How often are clinical diagnoses incorrect?", *Journal of the American Medical Association* 280 (1998), pp. 1245–1248; Nichols, L., Aronica, P. şi Babe, C., „Are autopsies obsolete?", *American Journal of Clinical Pathology* 110 (1996), pp. 210–218; şi Zarbo, R. J., Baker, P. B. şi Howanitz, P. J., „The autopsy as a performance measurement tool", *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 123 (1999), pp. 191–198.

Sinteza studiilor referitoare la autopsie, descrise în acest pasaj, a fost publicată de Hill, R. B. şi Anderson, R. E., în *The Autopsy: Medical Practice and Public Policy* (Newton, Mass.: Butterworth-Heinemann, 1998), pp. 34–35.

Comparaţia clasică a percepţiei problemei autopsiei de-a lungul mai multor decenii apare în Goldman, L. *et al.*, „The value of the autopsy in three medical eras", *New England Journal of Medicine* 308 (1983), pp. 1000–1005.

p. 280 Explicaţia cu privire la eroarea necesară este oferită de Gorowitz şi MacIntyre în articolul lor „Toward a theory of medical failibility", *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (1976), pp. 51–71.

p. 284 Dispariţia datelor privitoare la autopsie este relatată în Burton, E., „Medical error and outcome measures: Where have the autopsies gone?" *Medscape General Medicine*, 28 mai 2000.

MISTERUL COPILULUI MORT

p. 285 Detaliile cazului sunt furnizate, în principal, de două surse: atestatul în cazul arestării lui Marie Noe şi tulburătorului articol al lui Stephen Fried „Cradle to Grave", *Philadelphia Magazine*, aprilie 1998.

p. 286 Despre asocierea dintre reducerea cuantumului de decese subite ale sugarilor şi campania „Back to Sleep", vedeţi Willingner, M. *et al.*, „Factors associated with the transition to nonprone sleep

positions of infants in the United States", *Journal of the American Medical Association*, 280 (1998), pp. 329–335.

p. 288 O sursă bogată de informaţii privind aspectele caracteristice ale abuzurilor asupra copiilor este Sedlack, A. J. şi Broadhurst, D. D., *The Third National Incident Study of Child Abuse and Neglect* (Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

AL CUI ESTE, DE FAPT, CORPUL ACESTA?

p. 295 Katz, J., *The Silent World of Doctor and Patient* (New York, Free Press, 1984).

p. 308 Studiul privitor la preferinţele pacienţilor care suferă de cancer este, Degner, L. F. şi Sloan, J. A., „Decision making during serious illness: What role do patients really want to play?" *Journal of Clinical Epidemiology* 45 (1992), pp. 941–950.

p. 311 Schneider, C. E., *The Practice of Autonomy* (New York: Oxford University Press, 1998).

CAZUL PICIORULUI ROŞU

p. 324 Informaţiile referitoare la fasciita necrozantă sunt extrase din Chapnick, E. K. şi Abter, E. I., „Necrotizing soft-tissue infections", *Infectious Disease Clinics* 10 (1996), pp. 835–855; precum şi Stone, D. R. şi Gorbach, S. L., „Necrotizing fasciitis: the changing spectrum", *Infectious Disease in Dermatology* 15 (1997), pp. 213–220. O sursă utilă de informaţii pentru pacienţi este şi site-ul National Necrotizing Fasciitis Foundation, www.nnff.org.

p. 329 Pentru o sinteză cuprinzătoare a cercetărilor consacrate evaluării calităţii îngrijirii sănătăţii (ce include şi studiile privitoare la infarctul miocardic care au fost menţionate), vedeţi Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm* (Washington, D.C.: National Academy of Sciences Press, 2001).

Naylor, C. D., „Grey zones of clinical practices: some limits to evidence-based medicine", *Lancet* 345 (1995), pp. 840–842.

p. 332 Studiul realizat de Medical College of Virginia: Poses, R. M. şi Anthony, M., „Availability, wishful thinking, and physicians'

diagnostic judgements for patients with suspected bacteremia", *Medical Decision Making* 11 (1991), pp. 159–168.

p. 333 Studiul realizat la University of Wisconsin: Detmer, D. E., Fryback, D. G. şi Gassner, K., „Heuristics and biases in medical decision making", *Journal of Medical Education* 53 (1978), pp. 682–683.

Studiul Ohio: Dawson, N. V., *et al.*, „Hemodynamic assessment in managing the critically ill: Is physician confidence warranted?" *Medical Decision Making* 13 (1993), pp. 258-266.

Primul episod al surprinzătoarei serii de articole publicate de David Eddy, care analizează problemele cu care se confruntă procesul luării deciziilor în medicină, este „The challenge", *Journal of the American Medical Association* 263 (1990), pp. 287–290.

p. 345 Minunata carte a lui Gary Klein, dedicată propriilor cercetări asupra procesului intuitiv de luare a deciziilor, este *Sources of Power* (Cambridge: M.I.T. Press, 1998).

p. 347 Informaţii referitoare la caracteristicile comportamentului decizional al medicilor din domeniul de interes al fiecăruia, comparativ cu cele ale omologilor lor din alte domenii, pot fi găsite în volumul *Dartmouth Atlas of Health Care* (Chicago American Hospital Publishing, Inc., 1999), publicat de Jack Wennberg împreună cu echipa sa de cercetători. Rezultatele obţinute de ei sunt disponibile şi online, la adresa www.dartmouthatlas.org.

Mulţumiri

Am crescut într-o familie de doctori, aşa că am fost familiarizat de mic cu medicina. Cina în familie era, mai mereu, un prilej de conversaţie atât despre mondenităţile şi cazurile ce însufleţeau peisajul medical local (de pildă, băiatul cu o formă foarte gravă de astm, îngrijit de mama mea, ai cărui părinţi nu-i dădeau medicamentele necesare; prima operaţie reuşită de reversibilizare a vasectomiei; individul care s-a întors acasă beat şi şi-a tras un glonţ în penis, crezând că se cuibărise un şarpe sub pătură), cât şi despe şcoală sau despre politică. Când au considerat că eram destul de mari, părinţii ne-au învăţat, pe sora mea şi pe mine, să preluăm apelurile telefonice ale pacienţilor din teritoriu. Ne-am deprins să-i întrebăm: „Este o urgenţă?“ Dacă persoana care sunase răspundea afirmativ, era simplu. Urma să-i spunem să meargă la camera de gardă. Iar dacă zicea nu, era la fel de uşor. Trebuia să notăm ce ne spunea. O singură dată am primit răspunsul „Nu ştiu“. Era vorba de un bărbat cu o voce destul de tensionată, care voia să vorbească cu tatăl meu fiindcă „se rănise“ în timp ce săpa. L-am îndrumat să meargă la camera de gardă.

Uneori, când eram plecat de-acasă cu mama sau cu tata, suna pagerul ca să le anunţe o urgenţă. Mergeam împreună la spital, unde eram instalat pe un scaun din sala de aşteptare. Stăteam şi mă uitam la copiii care plângeau, la bărbaţii cu bandaje sângerânde, la doamnele în vârstă cu o respiraţie caraghioasă şi la asistentele care alergau de colo-colo. M-am obişnuit cu acele locuri mai mult decât credeam. Mulţi ani mai târziu, pe vremea studenţiei, când am intrat pentru prima oară într-un spital din Boston, mi-am dat seama cât de familiar îmi era totul.

M-am apucat de scris însă mult mai târziu, cu sprijinul multor oameni cărora le port o adâncă recunoştinţă. Prietenul meu Jacob Weisberg a fost cel dintâi care m-a încurajat să-mi iau în serios pornirile scriitoriceşti.

Este şeful echipei de corespondenţi politici ai revistei electronice *Slate*, iar în anul doi de rezidenţiat la chirurgie m-a îmboldit să dau curs unei tentative de a scrie ceva pe teme medicale pentru publicaţia la care lucra. Am fost de acord. M-a ajutat în cursul multiplelor etape de elaborare a acelei prime creaţii. Iar pe parcursul următorilor doi ani, el şi cu Michael Kinsley, editorul şef al revistei *Slate*, împreună cu editorii mei, Jack Shafer şi Jodie Allen, mi-au oferit spaţiul şi îndrumarea de care aveam nevoie pentru a realiza ceea ce a devenit o rubrică permanentă de medicină şi ştiinţă. Acel prilej a schimbat întregul curs al vieţii mele. Rezidenţiatul este o experienţă extenuantă, iar în iureşul atâtor activităţi birocratice şi apeluri pe pager şi nopţi nedormite, poţi ajunge să uiţi de ce are importanţă ceea ce faci. Scrisul m-a lăsat să încetinesc puţin ritmul şi, timp de câteva ore pe zi, să-mi amintesc de ce.

În cel de-al treilea an de rezidenţiat, un alt prieten, scriitorul Malcolm Gladwell, de la *The New Yorker*, mi-a făcut cunoştinţă cu editorul lui, Henry Finder – ceea ce m-a determinat să mă consider cel mai norocos scriitor din lume. Acel om uluitor, genial, erudit, care la vârsta de treizeci şi doi de ani era deja editor al mai multor scriitori dintre cei pe care-i admiram cel mai mult, Henry, m-a luat sub aripa lui ocrotitoare. A avut răbdarea, perseverenţa şi optimismul să mă ajute să trec cu bine de şapte etape de rescriere completă a primului meu articol ce urma să fie publicat în *The New Yorker*. M-a forţat să gândesc mai intens decât m-aş fi crezut vreodată în stare. Mi-a arătat în care instincte mă puteam încrede în scris şi în care nu. Mai mult decât atât, a avut întotdeauna convingerea că aveam ceva interesant de povestit altora. Din 1998, *The New Yorker* m-a angajat în echipa sa editorială. Multe dintre capitolele cărţii de faţă au avut ca punct de pornire articole ale mele publicate în acea revistă. Henry a citit tot ceea ce este scris în acest volum şi mi-a dat sfaturi nepreţuite. Fără el, n-ar fi existat cartea pe care aţi citit-o.

Mai este o a treia persoană, de la *The New Yorker*, în afară de Henry şi de Malcolm, căreia doresc să-i mulţumesc în mod deosebit: David Remnick. Mi-a fost mereu alături, în ciuda faptului că, fiind rezident, aveam un program imprevizibil, iar responsabilităţile faţă de pacienţii mei erau prioritare. A dezvoltat o revistă minunată şi cu totul specială. Şi, mai presus de orice, mi-a dat sentimentul că am şi eu o contribuţie la succesul ei.

Scriind această carte, am descoperit în viaţa mea două noi feluri de oameni. E vorba, în primul rând, de un agent, o persoană de care pare să aibă nevoie oricine – mai ales dacă ai privilegiul să găseşti pe cineva ca Tina Bennett, care a avut grijă şi de mine, şi de cartea mea, cu devotament, cu un optimism neabătut şi cu o capacitate de evaluare remarcabil de corectă a oricărei situaţii (chiar şi când, în toiul proiectului, a rămas însărcinată şi a şi născut). În al doilea rând, mă refer la un editor de carte, care se dovedeşte a fi o specie complet diferită de cea a editorilor de reviste, tot aşa cum chirurgii se deosebesc radical de internişti. Cu o tenacitate şi o delicateţe neobişnuite, Sara Bershtel, de la Metropolitan Books, m-a ajutat să descopăr contextul mai larg în care se încadrează tot ceea ce scriu şi gândesc, mi-a arătat cum poate o carte să însemne mai mult decât mi-am imaginat vreodată şi, într-un fel, m-a susţinut în momentele când mă simţeam copleşit de sarcinile pe care le aveam de îndeplinit. Îi mulţumesc şi colegei sale, Riva Hochermann, care mi-a citit cu atenţie manuscrisul şi mi-a oferit sugesii nepreţuite.

Tentativa unui rezident la chirurgie de a scrie este o chestiune delicată şi spinoasă, mai ales când e vorba de cineva ca mine, interesat să abordeze, în egală măsură, subiecte referitoare la aspectele negative din medicină şi la cele pozitive. Doctorii şi spitalele privesc cu suspiciune, de regulă, demersurile de etalare publică a unor astfel de chestiuni. Spre surprinderea mea însă, eu am avut parte numai de încurajări. Iar sprijinul a două persoane a fost, în acest sens, decisiv. Dr. Tony Brennan, profesor de medicină, drept şi aproape orice alt domeniu imaginabil, mi-a fost mentor, sfătuitor, colaborator în activitatea de cercetare şi un avocat deosebit de tenace care mi-a susţinut cauza. Mi-a pus la dispoziţie până şi spaţiu pentru birou, computer şi telefon, ca să mă ajute să finalizez acest proiect.

Dr. Michael Zinner, şeful secţiei de chirurgie în care lucrez, mi-a oferit, de asemenea, sprijin şi protecţie. Îmi aduc aminte că am apelat pentru prima oară la el după ce pregătisem, în vederea publicării în *The New Yorker,* textul în care încercam să explic ce se întâmplă când doctorii fac greşeli. Ştiam că nu-l puteam da mai departe fără să am, mai întâi, permisiunea lui. I-am dat, aşadar, manuscrisul şi, câteva zile mai târziu, intram la el în birou, pregătit sufleteşte pentru cel mai sumbru deznodământ. A reieşit că nu-i plăcuse. Cum să-i placă? Nici un departament de relaţii publice al vreunui spital din lume n-ar lăsa

să se difuzeze un astfel de eseu. Cu toate acestea, a avut o atitudine remarcabilă: m-a susţinut fără să ţină cont de posibilele consecinţe neplăcute. M-a prevenit că articolul putea să inflameze cu uşurinţă spiritele, fie ele ale publicului ori ale altor medici. Dar mi-a promis că, dacă aveau să apară reacţii ostile, mă va ajuta. Şi m-a lăsat să merg mai departe.

Până la urmă, previziunile pesimiste nu s-au adeverit. Chiar şi când n-au fost de acord cu ceea ce scrisesem, colegii mei au avut o atitudine constructivă, fără să manifeste nici un fel de resentiment. Am constatat că ne străduim cu toţii să înţelegem care este ponderea aspectelor pozitive în activitatea noastră şi cât de mult din ceea ce facem poate fi îmbunătăţit.

Printre cei cărora simt nevoia să le mulţumesc ocupă un loc aparte deopotrivă pacienţii şi membrii familiilor lor, numiţi şi nenumiţi în cartea de faţă. Cu câţiva dintre ei am norocul să menţin şi în prezent legătura. În cazul altora, nu mi s-a oferit niciodată şansa de-a ajunge să-i cunosc mai bine, aşa cum mi-aş fi dorit. Cu toţii m-au învăţat incredibil de multe lucruri.

Există însă o persoană implicată în absolut tot ceea ce a presupus prezentul volum – în munca mea de scriitor, în profesia mea şi în efortul de a mă descurca foarte bine cu amândouă: soţia mea, Kathleen. A fost alături de mine pe tot parcursul orelor petrecute ca rezident la chirurgie, atât de solicitante, şi mi-a ridicat moralul ori de câte ori simţeam că mă părăseşte încrederea sau că nu mai am forţa de-a merge mai departe. Iar când mă întorceam acasă, mă ajuta să dau glas ideilor care îmi veneau în minte, stând cu mine până târziu, în noapte, ca să le transpunem în cuvinte. Fiind ea însăşi un editor minunat, mi-a înroşit manuscrisul şi, deşi uneori nu voiam să recunosc, i-a dat o formă finală mai bună. Tot ea m-a ajutat să-i simt aproape pe drăgălaşii şi năzdrăvanii noştri copii – aducându-i uneori la spital, să mă vadă, când mi se făcea dor de ei, după lungi perioade în care profesia mă ţinea departe de familie. Cartea de faţă există datorită dragostei şi devotamentului soţiei mele. Aşa că numai ei puteam să i-o dedic.

O voce nouă și inedită, care aduce în medicina *high-tech* acea „stare de veghe“ clinică pe care au instituit-o autori ca Williams sau Oliver Sacks pentru a proteja viața și emoțiile unor pacienți adesea fragili.

Sherwin B. Nuland, *The New York Review of Books*

În lumea largă, la fel ca în România, chirurgul pare a fi un om care știe tot mai multe despre tot mai puțin, într-un domeniu din ce în ce mai inaccesibil laicilor. Câteodată însă, ca o excepție necesară, apare și câte unul care știe nu numai chirurgie, ci și să scrie ca un scriitor. Știe și *despre ce* să scrie și *cum* să o facă, ducând în lumea largă povestea frământărilor din lumea închisă a chirurgiei. O face onest și captivant, punând întrebările bine și luându-l pe cititor părtaș la căutarea răspunsurilor.

Cu un talent de autor de romane polițiste, Gawande reușește să ne aducă în fața ochilor pacienți cu probleme reale, o lume vie care dezvăluie cititorului lucruri altminteri teribil de greu de explicat pe înțelesul lui. Tot hățișul de dificultăți al deciziei chirurgicale, cu problematica acordului informat al pacientului, cu detalii care nu sunt simple decât pentru birocrația juridică, dar care, în realitate, sunt la fel de complicate ca viața. Căci e vorba despre decizia unui om, chirurgul, asupra destinului altui om, pacientul.

dr. Cătălin Vasilescu

Alexandria
LEI 39,00
LIBRĂRII

ISBN 978-973-50-2438-3
9 789735 024383